



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



Université Claude Bernard  Lyon 1

DEPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2022-2023

De l'OTIPM à l'OCIA : des appuis pour une intervention centrée sur l'occupation en ergothérapie

L'auto-évaluation

avec l' Occupation-centered Intervention Assessment

Soutenu par : Maloin GILLIER REBAUD

12019475

Tuteur de mémoire : Denis JACQUEMOT



Université Claude Bernard Lyon 1

Président

FLEURY Frédéric

Président du Conseil Académique

BEN HADID Hamda

Vice-président CA

REVEL Didier

Vice-président CFVU

BROCHIER Céline

Directeur Général des Services

ROLLAND Pierre

Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyenne **Pr. RODE Gilles**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. MAURIN Jean-Christophe**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyen **Pr. PAPAREL Philippe**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. DUSSART Claude**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Présidente **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Pr. LUAUTE Jacques**

Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences
ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **GUIDERDONI Bruno**

U.F.R. Biosciences
GIESELER Kathrin

Institut National Supérieur du Professorat
et de l'Education (I.N.S.P.E.)
Administrateur provisoire

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **BODET Guillaume**

Pierre CHAREYRON

POLYTECH LYON

Directeur **PERRIN Emmanuel**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **LEBOISNE Nicolas**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)
Directeur **MASSENZIO Michel**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION

Directeur ISTR : **Pr. LUAUTE Jacques**

DÉPARTEMENT / FORMATION ERGOTHERAPIE

Directrice du département

LIONNARD-RETY Sabine

Coordinateurs pédagogiques

BODIN Jean-François

FEBVRE Marine

IBANEZ Amandine

LIONNARD-RETY Sabine

Responsables des stages

LIONNARD-RETY Sabine et IBANEZ Amandine

Responsable des mémoires

IBANEZ Amandine

Secrétariat de scolarité

PASSE Cindy



Remerciements

Je remercie Denis Jacquemot pour son accompagnement par touches impressionnistes, son éclairage pertinent et aiguisé.

Merci à Emmanuelle Joly, sans laquelle l'accès aux publications anglophones n'aurait pas été possible.

Merci à Luce Triolet, à Xavier Enselaz et à Thibaud Turpain pour leur disponibilité à échanger autour de *Powerful practice* et des traductions de l'OCIA.

Merci à Elodie Terracol pour son accompagnement méthodologique et sa réactivité pour se procurer des ressources précieuses.

Je remercie toutes mes tutrices de stage pour leur accueil chaleureux et le partage généreux et passionné de leurs pratiques professionnelles.

Merci à mes proches et à ma communauté pour le soutien sans relâche tout au long de ces 3 années de formation.

Vous ne pouvez pas sauver les gens. Vous pouvez seulement les aimer.

Anaïs Nin

All I've got to say has already been said

I mean, you heard it from yourself

When you were lying in your bed and couldn't sleep

Thinking couldn't we be doing this

Differently?

Kae Tempest

Table des matières

TABLE DES ILLUSTRATIONS	4
LISTE DES ABREVIATIONS	5
PREAMBULE	7
INTRODUCTION	8
PARTIE THEORIQUE	9
I. L'APPROCHE ECOLOGIQUE	9
<i>Evolution historique du terme écologique</i>	9
<i>Utilisation dans le domaine de la réhabilitation et réadaptation</i>	9
<i>Discussion sur le continuum écologique</i>	10
<i>L'utilisation en ergothérapie et l'arrivée de l'occupation</i>	11
II. INTERVENTION CENTREE SUR L'OCCUPATION.....	12
<i>Intervention centrée, basée, axée sur l'occupation : définitions</i>	12
<i>Choix des termes pour la suite du travail</i>	14
<i>Intérêts de l'intervention centrée sur l'occupation</i>	14
Efficacité supérieure de l'intervention centrée sur l'occupation	14
Renforcement de l'identité professionnelle des ergothérapeutes	15
<i>Un écart persiste pourtant entre théorie et pratique</i>	15
III. MODELES D'INTERVENTION	17
<i>Les modèles canadien et étasunien</i>	17
<i>L'OTIPM</i>	18
Le modèle transactionnel de l'occupation.....	18
Le MOH : un ancrage théorique distancié.....	19
Présentation du schéma de l'OTIPM	20
1.1.1.1.1 Évaluation et établissement des objectifs.....	21
1.1.1.1.2 Phase d'intervention	21
1.1.1.1.3 Phase de réévaluation.....	22
Les 4 continuums.....	23
IV. DES OUTILS FAVORABLES AU CHANGEMENT DE LA PRATIQUE EN ERGOTHERAPIE.....	25
<i>L'OTIPM</i>	25
Evolution de la pratique au niveau individuel.....	25
Formation des ergothérapeutes de demain	26
Changement collectif des pratiques au niveau d'un service	27
<i>L'OCIA</i>	29
Pertinence au niveau de la personne	31
Pertinence au niveau du contexte	32
Pertinence au niveau de l'occupation.....	32

PARTIE METHODOLOGIE	34
OBJECTIF DE L'ÉTUDE	34
DESIGN DE L'ÉTUDE.....	34
SELECTION DES PERSONNES INTERVIEWEES.....	34
<i>Critères d'inclusion et de non inclusion</i>	<i>34</i>
<i>Mode de recrutement.....</i>	<i>34</i>
PRESENTATION DE LA DEMARCHE D'INVESTIGATION	35
RESPECT DES REGLES ETHIQUES	35
TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	35
CONTRAINTES PREVISIONNELLES DE L'ÉTUDE.....	36
RESULTATS ET ANALYSE.....	37
PRESENTATION DE LA POPULATION INTERROGEE.....	37
DIVERSITE DES PRATIQUES ACTUELLES	37
<i>Place de la personne dans les décisions : du programme préétabli à la co-construction</i>	<i>37</i>
<i>Environnement hospitalier, modifié, écologique</i>	<i>38</i>
<i>Contenu des séances : l'occupation en filigrane</i>	<i>38</i>
<i>Phase d'évaluation : une grande variété de pratiques</i>	<i>39</i>
L'ARTICULATION ENTRE L'ERGOTHERAPIE ET L'OCCUPATION	39
<i>Des pratiques unanimement perçues comme centrées sur l'occupation.....</i>	<i>39</i>
<i>Cartographie des freins à une pratique plus centrée sur l'occupation</i>	<i>40</i>
<i>Inventaire des ressources pour une pratique plus centrée sur l'occupation.....</i>	<i>40</i>
L'AUTO-EVALUATION AVEC L'OCIA : UN ACCUEIL ENTHOUSIASTE.....	41
<i>L'OCIA : un outil d'auto-évaluation perçu comme intéressant.....</i>	<i>41</i>
<i>Modifications envisagées des pratiques actuelles</i>	<i>42</i>
DISCUSSION.....	43
CONFRONTATION DES RESULTATS A LA THEORIE.....	43
<i>L'auto-évaluation et l'OCIA vectrices de changements de pratiques</i>	<i>43</i>
<i>L'OCIA, un outil à replacer dans un processus global</i>	<i>43</i>
<i>Des valeurs partagées unanimement qui peinent à s'incarner</i>	<i>44</i>
L'identité professionnelle, terreau de la pratique	44
Une pratique écologique reconnue bénéfique, mais pas toujours mise en œuvre	44
L'occupation comme horizon	45
<i>Appuis et obstacles à l'évolution des pratiques</i>	<i>45</i>
Au niveau institutionnel.....	45
Au niveau humain.....	45
<i>Dimension collective de prise en main de l'OCIA.....</i>	<i>46</i>
LIMITES ET INTERETS DE L'ÉTUDE.....	47

PERSPECTIVES DE POURSUITE DE L'ETUDE	47
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	50
TABLE DES ANNEXES	I

Table des illustrations

Figure 1 - Schéma de l'OTIPM	20
Figure 2 - Les 4 continuums pour évaluer sa pratique en ergothérapie.....	23
Figure 3 - Les continuums de l'OCIA	30

Liste des abréviations

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

AMPS : Assessment of Motor and Process Skills (Evaluation des habiletés motrices et procédurales)

AOTA : American Occupational Therapy Association (Association américaine d'ergothérapie)

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BADL : Basic activities of daily living (Activités basales de la vie quotidienne)

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé

CMP : Complementary Model of Practice (Modèle complémentaire de pratique)

DI : Déficience Intellectuelle

EBE : Ergothérapie Basée à l'École

EBP : Evidence Based Practice (Pratique fondée sur les preuves)

ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins (bilan)

ENOTHE : European Network of Occupational Therapy in Higher Education

ETP : Education Thérapeutique des Patient.es

GAS : Goal Attainment Scaling (Echelle d'atteinte des objectifs)

IADL : Instrumental Activities of Daily Living (Activités instrumentales de la vie quotidienne)

IME : Institut Médico-Educatif

KTA : Kitchen Test Assessment, évaluation cuisine avec mise en situation

MCREO : Modèle canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST : Model of Human Occupation Screening Tool (Outil d'évaluation de la participation occupationnelle)

OCIA : Occupation-centered Intervention Assessment (Evaluation de l'intervention centrée sur l'occupation)

OMP : Organizing Model of Practice (Modèle théorique de pratique)

OQ : Occupational questionnaire (Questionnaire occupationnel)

OTIPM : Occupational Therapy Intervention Process Model (Modèle du Processus d'Intervention en Ergothérapie)

OTPF : Occupational Therapy Practice Framework (Cadre de pratique en ergothérapie)

PAI : Projet d'Accueil Individualisé

PEO-P : Modèle Personne-Environnement-Occupation - Performance

PPH-2 : Processus de Production du Handicap – 2è version

RPS : Réhabilitation psychosociale

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes en situation de Handicap

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TEM : Test des Errances Multiples

Préambule

Dès le stage de première année, je me suis étonné.e¹ de l'écart que j'observais entre le contenu des cours et les pratiques du terrain. J'étais très enthousiaste en découvrant le champ des sciences de l'occupation, la perspective d'humains étant avant tout des êtres agissants, la pleine puissance thérapeutique de l'activité en soi et pour soi. Pourtant, je voyais surtout des ergothérapeutes coincé.es dans des équipes pluridisciplinaires qui méconnaissaient, voire trouvaient risible l'approche spécifique de l'ergothérapie. Notre pratique se fondait alors dans la perspective biomédicale dominante, gommant nos spécificités et nous amenant même à exercer au rabais, copiant d'autres professions que nous ne sommes pas et dont nous n'avons pas l'expertise. Je ne pouvais me résoudre à accepter cette réalité, et diverses lectures et rencontres venaient me confirmer qu'un autre abord de la pratique était possible, notamment l'ouvrage *Powerful practice* de Fisher et Marterella (2019). J'ai donc eu envie de pousser cette réflexion dans ce travail de mémoire. Débusquer les écarts entre la théorie et la pratique, entre les mots affichés au fronton et les actions. Les comprendre également, afin de soutenir le changement et de se saisir des outils permettant d'incarner au plus près les grandes valeurs qui nous tiennent à cœur dans notre pratique quotidienne d'ergothérapeutes.

¹ Les publications scientifiques étant des « lieux de production, de validation et de circulation des savoirs », l'écriture inclusive sera utilisée dans ce mémoire, prenant tantôt la forme de doublets lexicaux (usagers et usagères), de termes épïcènes (une personne, les ergothérapeutes), de néologismes (auteures) ou de points médians (les étudiant.es). Ces pratiques sont de plus en plus courantes et acceptées dans les revues scientifiques (Loison-Leruste et al., 2022). Un important travail de visibilisation des femmes et des personnes non-binaires a été fait par les linguistes, voir notamment les recherches de Viennot (2018) et Elmiger (2014).

Introduction

L'idée que l'ergothérapie place l'occupation au centre de sa pratique et que l'occupation constitue tout à la fois le but et le moyen de l'intervention est très largement partagée par les ergothérapeutes dans le monde (Cantin, 2021; Fisher & Marterella, 2019; Larsson-Lund & Nyman, 2017; Wong & Fisher, 2015). Les évaluations et interventions écologiques ont une efficacité supérieure sur la performance occupationnelle par rapport aux activités décontextualisées (Che Daud et al., 2016; T. L. Nielsen et al., 2017). Pourtant dans la pratique, les ergothérapeutes peinent à conserver leur approche occupationnelle et mettent largement en place des activités décontextualisées et sans lien avec l'occupation (Fisher, 2013; Jewell & Pickens, 2017; Sirkka, Zingmark, et al., 2014). Le modèle OTIPM a été développé au cœur de ce constat et entend offrir une réponse concrète et méthodologique pour réduire ce gap et offrir une ergothérapie centrée sur l'occupation et pertinente écologiquement (Fisher & Marterella, 2019). Ce modèle a été développé aux Etats-Unis d'Amérique depuis 1998 (Fisher, 1998, 2009).

Ce travail entend étudier l'appropriation de l'OTIPM qui a été fait en France et l'impact que cela a sur les pratiques et posera la question suivante : **Comment l'OTIPM peut-il soutenir les ergothérapeutes français.es dans la mise en place d'interventions écologiques ?**

Dans un premier temps, dans la partie théorique, la notion d'écologie et ses enjeux seront explorés, puis le concept « centré sur l'occupation » et ses implications pratiques seront abordés. Plusieurs modèles d'intervention en ergothérapie, dont l'OTIPM, seront présentés. Enfin, l'OTIPM et l'OCIA seront examinés en tant qu'outils favorables au changement des pratiques ergothérapeutiques. La seconde partie, dédiée à la méthodologie de recherche, présentera le design de l'étude, la constitution de l'échantillon et les aspects éthiques. Enfin une analyse des résultats récoltés et une discussion autour de ceux-ci permettront de proposer des éléments de réponse à cette problématique.

Partie Théorique

I. L'approche écologique

Evolution historique du terme écologique

En 1973, Lawton et Nahemow (cités par Trouvé et al., 2017) parlent pour la première fois d'écologie pour désigner l'interaction entre la personne et l'environnement. La dimension dynamique de la relation de la personne avec son environnement est soulignée, et ce dans les deux sens : la personne a un impact sur son environnement, peut le modifier, et l'environnement affecte la personne, son comportement, les habiletés qu'il lui faut mettre en jeu. Ils élaborent le modèle de docilité environnementale, considérant qu'une personne va pouvoir plus ou moins bien s'adapter aux exigences de l'environnement selon ses compétences objectives et la perception qu'elle en a.

Le modèle écologique de la performance humaine est ensuite développé par les ergothérapeutes Dunn, Brown et McGuigan en 1994 (Margot-Cattin, 2009). Leur apport a été de considérer que les composantes du contexte, de l'environnement (physique, temporel, social, culturel, phénoménologique...) influencent la performance occupationnelle de la personne. Il faut donc se placer dans le contexte de vie d'une personne si l'on veut l'observer agir et l'évaluer. L'écologie est donc ici entendue à la fois comme l'interaction entre la personne et son environnement, et l'impact de cette interaction sur les performances occupationnelles. La performance occupationnelle ne peut donc être comprise qu'en contexte.

Dans le champ des sciences humaines, la philosophe Despret va même plus loin (2017) puisqu'elle affirme avec Stengers que la question ne peut pas être : « est-ce que telle chose existe *vraiment* ? », mais plutôt *dans quelles conditions* un phénomène peut ou ne peut-il pas exister. Il n'y a donc pas de phénomène en soi, par essence, mais bien dans un contexte, en écologie. On pourrait donc considérer que c'est toujours en rapport avec un environnement et construit par cet environnement que l'on pourra avoir accès à une performance occupationnelle.

Utilisation dans le domaine de la réhabilitation et réadaptation

Selon Thébault (2005), l'écologie est l'étude de l'habitat d'une espèce animale ou végétale et de l'influence qu'il exerce sur celle-ci, ou l'étude des êtres vivants dans leur milieu habituel ou dans des conditions qui se rapprochent autant que possible de celles de leur existence naturelle. L'auteur présente une étude de cas de rééducation écologique d'une patiente cérébrolésée, à domicile. La personne présente d'importants troubles cognitifs, qui génèrent des troubles de l'apprentissage des tâches nouvelles ou connues. Pour améliorer ses

performances dans les activités de la vie quotidienne, l'équipe pluridisciplinaire fait le choix de la rééducation à domicile pour deux raisons principales : la rééducation à domicile lui permet d'être dans un environnement connu, naturel, et les renvois émotionnels et affectifs suscités faciliteront l'automatisation des tâches ainsi que la participation soutenante de la famille. La rééducation est donc mise en place en milieu écologique.

Burgess et son équipe (2006) se penchent sur des évaluations écologiques des fonctions cognitives. Ils cherchent à créer des outils d'évaluation des fonctions cognitives qui soient élaborés pour un usage clinique, et qui présentent de bonnes qualités psychométriques (validité, fidélité, fiabilité). La validité écologique est ici entendue comme à la fois la *représentativité* (le contenu du test clinique correspond aux situations rencontrées dans la vie quotidienne) et la *généralisation* (le résultat de l'évaluation prédira de façon fiable les performances dans la vie quotidienne). Les recherches en laboratoire considèrent habituellement les variables contextuelles ou environnementales comme pouvant conduire à des confusions et à des mésinterprétations (*confounding*). Pourtant c'est précisément ce qui intéresse les clinicien.nes. Selon ces chercheurs, des tâches très proches de la vie réelle peuvent avoir d'excellents résultats psychométriques, parfois même meilleurs que les tests neuropsychologiques traditionnels (par exemple le Test des errances multiples (TEM) (Le Thiec et al., 1999; Shallice & Burgess, 1991) a de bonnes qualités psychométriques). Le TEM est plutôt ouvert, il y a de multiples façons de faire et c'est à la personne de choisir la sienne. Il montre une bonne généralisabilité : la performance observée dans la tâche est représentative de la performance en dehors : les performances dans les tâches écologiques montrent une plus grande concordance avec les symptômes observés dans la vie réelle que les tâches expérimentales traditionnelles. Cet article porte sur les outils d'évaluation, mais cette logique peut être utilisée tout au long du processus d'intervention en ergothérapie.

Discussion sur le continuum écologique

Dans leur article concernant les bilans écologiques des troubles des fonctions exécutives, les auteurs analysent plusieurs évaluations écologiques (Poncet et al., 2009). Ces tests permettent bien d'évaluer le retentissement sur les activités de vie quotidienne tout en ayant de bonnes qualités psychométriques. Pourtant ils ne reflètent pas tout à fait le fonctionnement exécutif du patient dans la vie quotidienne, dans son environnement réel. En effet, les buts ou l'initiation de la tâche sont déterminés par le ou la thérapeute. Or dans la vie quotidienne, la personne doit effectuer ces tâches elle-même du début à la fin, et par conséquent, l'évaluateur.ice peut passer à côté de certains dysfonctionnements : initiation, planification, programmation dans le temps.

Dans une revue systématique concernant les évaluations écologiques chez les enfants avec un trauma crânien (Chevignard et al., 2012), l'équipe va plus loin et amorce l'idée d'un continuum. Un bilan ne serait pas complètement écologique, mais composé d'éléments qui le

rendent plus ou moins écologique : un environnement connu, une tâche connue... En comparaison, les tests neuropsychologiques papier-crayon sont quant à eux très analytiques et bien moins écologiques. Les observations à la tâche seraient donc les situations les plus écologiques dans lesquelles la personne se trouverait dans une situation connue, un environnement connu (à la maison, à l'école), à faire une tâche habituelle. Néanmoins la simple présence de l'évaluateur.ice modifie la situation et la rend donc moins écologique.

Ainsi l'approche écologique peut être vue comme un continuum, quelque chose vers lequel tendre, sans jamais pouvoir l'atteindre, du fait des demandes de l'ergothérapeute, voire de sa simple présence.

L'utilisation en ergothérapie et l'arrivée de l'occupation

La définition d'occupation retenue pour ce travail sera celle de l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (2002) : L'occupation est un :

ensemble d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification. L'occupation comprend tout ce qu'une personne fait pour prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs) et contribuer à l'édifice social et économique de la communauté (productivité).

Dans les principaux modèles théoriques utilisés en ergothérapie, tant le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (Kielhofner & Taylor, 2017), le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) (Polatajko & Townsend, 2013; Townsend, 1997), le modèle Personne-Environnement-Occupation-Engagement (PEO-E) (Law et al., 1996), que le Processus de Production du Handicap (PPH2) (Fougeyrollas & Ravaud, 2010), l'environnement figure parmi les concepts clés (Rodger & Dancza, 2018; Wong & Fisher, 2015). Les termes détaillant l'environnement varient quelque peu selon le modèle. C'est la conception de l'environnement dans le MOH qui sera approfondie ici : toute occupation a lieu dans un environnement spécifique qui offre des ressources et des potentiels, mais aussi des contraintes et des exigences (Kielhofner & Taylor, 2017; Vanzetti et al., 2018). L'environnement est pensé comme physique et social, à un niveau proche (objets, façons d'agir, groupes sociaux de proximité) et élargi (culture, conditions socio-économiques, politiques) (Mignet, 2016; Morel-Bracq, 2017). Chaque modèle, selon ses propres concepts, donne une place essentielle à l'interaction de la personne et de ses occupations avec l'environnement. Même la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) (OMS, 2001) a inclus les facteurs environnementaux dans son schéma depuis 2001, avec un lien direct vers l'activité et la participation (Rodger & Dancza, 2018). Des liens peuvent ainsi être faits entre les concepts clés des modèles théoriques ergothérapeutiques et la CIF, pouvant venir soutenir le travail interprofessionnel et contribuer à faire reconnaître

l'apport unique et spécifique des ergothérapeutes, précisément en passant par un modèle général interprofessionnel (Larsson-Lund & Nyman, 2017; Rodger & Dancza, 2018).

Fisher utilise dans *Powerful practice* (2019) le terme « ecologically-relevant » que l'on peut traduire par « pertinent écologiquement » ou « contextualisé ». La pratique est contextualisée si la tâche et le contexte situationnels sont « réels ».

In other words, when clients are engaging in “real” task performances, in “real” places, with “real” objects, with the “real” people usually present, when they would “really” do it, and they are doing it the way they “really” do it, the client’s performance is fully contextualized and, thus, fully ecologically-relevant. (Fisher & Marterella, 2019, p. 72)

(En d'autres termes, lorsque les client.es sont engagés dans des « vraies » performances de tâches, dans des « vrais » lieux, avec des « vrais » objets, avec les « vraies » personnes habituellement présentes, au moment où il.les le feraient « réellement », et qu'il.les le font de la manière dont il.les le font « réellement », alors la performance du ou de la client.e est pleinement contextualisée et donc pertinente écologiquement. [Traduction libre])

Le contexte est ici conçu dans un sens très global : aspects socioculturels, géopolitiques, social, physiques, temporels, mais également les aspects de la tâche elle-même. On peut donc bien le considérer comme un continuum : la situation idéale n'est pas forcément atteignable, mais le maximum peut être fait pour contextualiser sa pratique.

II . Intervention centrée sur l'occupation

Intervention centrée, basée, axée sur l'occupation : définitions

Fisher (2013) estime qu'il y a un flou en ergothérapie, en recherche, dans la formation et dans la pratique, dans l'utilisation des différents termes : « occupation centered » (traduit par centré sur l'occupation), « occupation-based » (basé sur l'occupation) et « occupation-focused » (axé sur l'occupation). Sa proposition de terminologie rigoureuse, détaillée ci-après, permet de décrire ce que l'on fait, tant au sein de la profession qu'avec les autres professionnel.les. Selon elle, cela permettrait également d'avoir un regard plus critique sur sa propre pratique.

Le terme « occupation-centered » signifie que l'occupation est placée au centre, c'est ce qui retient l'attention, qui a une importance cardinale. C'est la « paire de lunettes » (Yerxa, 1998) à travers laquelle on lit la situation. Le terme est apparu en 1998 dans une publication de l'*American Journal of Occupational Therapy* qui tentait de faire le lien avec l'héritage

philosophique de l'ergothérapie. L'ergothérapeute reconnaît ainsi son expertise occupationnelle unique et maintient sa perspective occupationnelle tout au long du processus, y compris lorsque l'on utilise d'autres modèles appliqués (biomécanique, neurodéveloppemental...). Wood propose une métaphore poétique pour « occupation-centered » en 2012 : des planètes tournant autour du soleil, le soleil étant évidemment « l'occupation » qui maintient tout le reste dans son attraction gravitationnelle, comme une sorte de force de centrage relationnelle incontournable (citée par Fisher, 2013).

Ainsi l'on considère les personnes avant tout comme des êtres occupationnels, qui rencontrent des challenges occupationnels, et l'occupation comme un puissant agent de changement thérapeutique (Fisher & Marterella, 2019).

« Occupation-based » (basé sur l'occupation) signifie que l'occupation est l'ingrédient fondamental, la partie principale de ce que l'on fait, à l'image de la fondation d'un bâtiment. Cela signifie par exemple utiliser l'engagement d'une personne dans une occupation comme méthode d'intervention ou d'évaluation. L'occupation est réellement utilisée comme l'agent de changement thérapeutique.

« Occupation-focused » (axé sur l'occupation) signifie voir dans sa focale, concentrer son attention sur l'occupation. On observe la performance occupationnelle ici et maintenant, on ne spéculer pas sur ce qui pourrait arriver dans le futur, sur les causes ou hypothèses éventuelles. L'occupation est le point de référence, la cible. Ainsi, si l'on propose un entraînement à la cuisine, on s'intéresse bien à la performance occupationnelle. On n'utilise pas l'occupation cuisine comme prétexte pour évaluer les facteurs environnementaux ou personnels, les fonctions corporelles sous-jacentes, car alors ce ne serait pas une perspective « occupation-focused ».

Si l'on reprend donc ces trois termes et leurs liens, cela forme une sorte d'arborescence : on peut considérer que centré sur l'occupation est à un niveau supérieur et concerne la façon dont est mené le raisonnement, la perspective globale (Annexe A). Avec les dimensions basé et axé sur l'occupation, on zoome davantage, au niveau de ce que l'on fait et de comment on le fait : les méthodes : sur quoi est basé l'intervention (ce qui la constitue), sur quoi l'attention est focalisée (la posture concrète) (Annexe B).

Pour manier ces termes, on réalise donc des allers-retours permanents entre ces différents niveaux : une perspective globale, et des pistes pour l'incarner de façon plus concrète.

Choix des termes pour la suite du travail

Selon les définitions de Fisher et Marterella, *ecologically-relevant* et *occupation-based* sont étroitement liées (2019). Une intervention est contextualisée, pertinente écologiquement, lorsque le ou la client.e est engagé.e dans des performances de tâches réelles dans des situations réelles, et une intervention basée sur l'occupation, lorsque le ou la client.e est engagé.e dans des performances de tâches réelles, pertinentes dans sa vie. La perspective de la pertinence écologique est donc plus complète, puisqu'en plus de la tâche, elle inclut le contexte, la situation.

L'aspect centré sur l'occupation est largement repris dans la littérature et la recherche en ergothérapie. Mais à part Fisher et Marterella elles-mêmes, le concept d'écologie et de pertinence écologique n'est pas repris dans les sciences de l'occupation.

Pour cette raison, le terme centré sur l'occupation sera conservé, car il est largement diffusé et très fécond. Une vision des plus rigoureuse en sera adoptée : si l'on considère comme centrées sur l'occupation, des tâches réelles, pertinentes pour la personne, alors on ne peut faire l'impasse sur le contexte dans lequel elles ont lieu, qui influence la tâche de manière étroitement entremêlée.

Intérêts de l'intervention centrée sur l'occupation

Efficacité supérieure de l'intervention centrée sur l'occupation

Dans leur étude contrôlée randomisée, Che Daud et son équipe ont mis en évidence que l'intervention ergothérapique basée sur l'occupation donne de meilleurs résultats que des exercices décontextualisés, tant sur les fonctions corporelles que sur la performance occupationnelle (Che Daud et al., 2016).

La méta-analyse de Nielsen et al. (2017) porte sur 6 études contrôlées concernant la rééducation à domicile de personnes de plus de 60 ans avec des limitations fonctionnelles. Pour cet article, l'ergothérapie à domicile est définie comme l'ergothérapie pratiquée à la maison, ou dans tout environnement naturel ou construit pertinent pour la personne, hors institution, cependant le terme d'écologie n'est pas utilisé. Être à domicile permet aux personnes de s'engager davantage dans des activités pertinentes et signifiantes pour elles. Cela permet de pratiquer une ergothérapie basée et axée sur l'occupation, telle que décrite par Fisher et Marterella (2019), où les personnes sont engagées dans des activités et des tâches à toutes les étapes, dans l'évaluation comme dans l'intervention thérapeutique. Les personnes âgées trouvent souvent les activités et les tâches plus motivantes, satisfaisantes et signifiantes que les exercices ou le par cœur. Il existe beaucoup de littérature concernant l'ergothérapie avec des personnes âgées et son efficacité (prévention des chutes, sur la performance pour les BADL et IADL, sur la qualité de vie), mais peu qui spécifient le setting

(cadre) thérapeutique et l'intervention détaillée des différents professionnels. Après analyse, il apparaît que l'ergothérapie basée et axée sur l'occupation de faible intensité dispensée à domicile pour les personnes âgées de plus de 60 ans avec des limitations fonctionnelles augmente la performance occupationnelle à court terme et dans une moindre mesure à long terme, dans les BADL, les IADL et les occupations significatives pour la personne.

Le fait de centrer l'intervention sur l'occupation la rend plus efficace : de nombreux auteurs montrent que cela augmente la participation occupationnelle, particulièrement chez les jeunes présentant une déficience intellectuelle (Lopez, 2022).

La pratique centrée sur l'occupation signifie que l'occupation est au cœur de la pratique, et que c'est par ce biais que la santé, le bien-être et davantage de justice peuvent être atteints (Rodger & Dancza, 2018). Il s'agit d'une perspective unique par rapport à celle de nombreux autres professionnels, car ce sont souvent les fonctions et structures corporelles (par exemple, la mémoire, la cognition, les capacités et compétences motrices, perceptives ou sensorielles) qui sont au cœur de leurs interventions. On s'attend à ce que les améliorations des fonctions et des structures corporelles conduisent à des améliorations de l'occupation et de la participation. Cependant, les preuves sont limitées, ce qui suggère que les interventions axées sur un niveau (par exemple, les fonctions ou structures organiques) ne se traduisent pas par des améliorations à un autre niveau (par exemple, l'occupation et la participation) (Novak et al., 2013). Par conséquent, si l'on veut voir des améliorations au niveau occupationnel, les interventions doivent se concentrer sur l'occupation. Il se peut également qu'en s'engageant dans des occupations, les fonctions et les structures corporelles changent. Cependant, ces changements sont un bonus plutôt que l'objectif principal (Rodger & Dancza, 2018).

Renforcement de l'identité professionnelle des ergothérapeutes

Outre l'efficacité supérieure des méthodes centrées sur l'occupation (tant dans l'évaluation fidèle des capacités d'une personne en contexte que pour l'amélioration de ses capacités fonctionnelles), il y a un important avantage à un niveau global : cela envoie un message politique sur l'identité professionnelle, sur la valeur centrale de l'occupation en ergothérapie. Travailler hors contexte, sans être centré sur l'occupation et mimer les méthodes d'autres professionnels de santé (kinésithérapeutes, psychomotricien.nes, travailleur.euses sociales...) dessert les ergothérapeutes, puisque cela ne permet pas de comprendre la spécificité de leur approche (Fisher & Marterella, 2019; Jewell & Pickens, 2017).

Un écart persiste pourtant entre théorie et pratique

Il y a aujourd'hui un consensus sur le fait qu'en ergothérapie, l'occupation est le but (ce que l'on vise) et le moyen (ce que l'on utilise pour atteindre ce but) (Fisher, 2013) : la pratique

doit être centrée sur l'occupation. Pourtant les ergothérapeutes peinent à mettre en œuvre leur vision. Il existe un gap entre la croyance consensuelle chez les ergothérapeutes que l'occupation doit être au centre de l'intervention, et les pratiques effectives des ergothérapeutes : ce que l'on fait et comment on le fait (Jewell & Pickens, 2017; Sirkka, Zingmark, et al., 2014). Les méthodes d'évaluation et d'intervention utilisées ne reflètent pas toujours la puissance conférée à l'occupation. Plusieurs études montrent que seulement la moitié (parfois 30% seulement) des interventions en ergothérapie sont basées sur l'occupation (le reste sont des exercices, des mobilisations passives ou des répétitions de mouvements appris par cœur sans lien avec l'occupation) (Jewell & Pickens, 2017). Les activités décontextualisées et non centrées sur l'occupation restent donc dominantes dans les pratiques en ergothérapie.

Selon l'étude menée par Rathauscher (2019), la plupart des ergothérapeutes dispensant l'ergothérapie basée l'école (EBE) n'ont en fait que des contacts indirects avec l'école (téléphone, comptes-rendus écrits). Elle questionne donc la pertinence des interventions se voulant basées sur l'occupation, si elles se font sans évaluer les enfants dans leur contexte habituel de performance occupationnelle. Habituellement, selon l'AOTA, l'EBE se pratique justement dans la salle de classe et doit viser l'amélioration des habiletés des enfants, l'information et l'éducation.

Wong et Fisher (2015), avec Ikiugu (2009), recommandent une méthode pour combiner un *Organizing Model of Practice* (OMP) c'est-à-dire un modèle théorique choisit pour guider le raisonnement lors de l'évaluation et la planification de l'intervention, et des outils d'évaluation ou types d'interventions peuvent ensuite être empruntés aux autres modèles : ce sont les *Complementary Models of Practice* (CMP). On peut donc commencer avec un OMP qui soit centré sur l'occupation pour établir des objectifs qui sont centrés sur l'occupation et sur la personne, puis utiliser un CMP qui n'est pas centré sur l'occupation, par exemple biomécanique. Cette démarche soutient ainsi une approche centrée sur l'occupation et top-down (qui part d'une vision globale, au niveau de l'occupation, pour zoomer dans un second temps). L'inverse fait s'en éloigner.

Le modèle conceptuel choisi pour ancrer sa pratique professionnelle aura nécessairement une influence sur les activités mises en place (Adam, 1999, dans Cantin, 2021). De fait, le modèle conceptuel balise le champ d'exercice et favorise une certaine approche systématique, un point de vue adopté lors de l'évaluation d'un client ou encore de l'intervention. Le choix du modèle n'est donc pas anodin (Cantin, 2021). Les modèles canadien, étasunien et l'OTIPM seront abordés dans la partie suivante.

III . Modèles d'intervention

Alors que les théories aident à organiser et à donner un sens à ses observations et donnent un aperçu du comportement et des performances des clients, les modèles professionnels délimitent le champ de préoccupation ou de pratique de la profession et décrivent les croyances et les connaissances détenues par ses membres. Comme les théories ne sont pas assez précises pour guider la pratique au niveau de savoir exactement quoi faire avec un client, les cadres de référence ou modèles d'intervention (parfois appelés « modèles de pratique ») guident la pratique en décrivant les croyances, hypothèses, définitions et concepts clés, souvent dans un domaine de pratique spécifique (Cohn et Coster, cités par Rodger & Dancza, 2018).

Il existe plusieurs modèles de pratique qui entendent guider les ergothérapeutes dans leur pratique, dont les modèles canadien, étasunien, et l'OTIPM, exposés ci-après.

Les modèles canadien et étasunien

Le cadre conceptuel du processus de pratique canadien (Annexe C) est un cadre de référence du processus pour habiliter à l'occupation, fondé sur la pratique probante et centrée sur les client.es (Townsend & Polatajko, 2008). On y retrouve la notion d'échange dynamique et réciproque entre client.e et ergothérapeute. C'est un outil suffisamment généraliste pour s'adapter à différents contextes de pratique. 8 étapes prennent place dans le cadre de référence, lui-même inclus dans le contexte de pratique, qui comprend le contexte sociétal : aborder / initier ; préparer la voie ; évaluer / faire l'examen ; consentir aux objectifs, plans ; mettre en œuvre un plan ; suivre / modifier ; évaluer le résultat ; compléter/comprendre. Ce modèle est développé dans le cadre du modèle théorique MCREO.

L'Occupational Therapy Practice Framework (OTPF, Cadre de pratique en ergothérapie) (Annexe D) est publié par l'Association américaine d'ergothérapie (AOTA, 2020). Le modèle est décrit comme linéaire, pour en faciliter la compréhension, pour autant dans la pratique il ne l'est pas. Là encore le modèle est pensé pour être utilisable dans tout type de contexte professionnel. Le processus décrit comprend 3 grandes étapes, comprenant elles-mêmes des sous-étapes :

Evaluation	Profil occupationnel Analyse de la performance occupationnelle
Intervention	Planification Mise en œuvre de l'intervention

	Réévaluation
Ciblage des résultats	

Ces modèles sont intéressants, et le fait qu'ils soient portés par des ergothérapeutes regroupés et diffusés largement est un point fort. Ils restent cependant peu concrets et assez généralistes. Il semble que suivre leurs différentes étapes ne suffit pas à garantir une action ergothérapique centrée sur l'occupation. Ils ne portent pas l'approche top-down et les différents types d'intervention ne sont pas détaillés. C'est pourquoi l'OTIPM a été retenu.

L'OTIPM

L'OTIPM (Occupational Therapy Intervention Process Model), que l'on peut traduire par Modèle du Processus d'Intervention en Ergothérapie, est un modèle développé depuis 1998 (Fisher, 1998, 2009, 2013), dont la dernière version largement étayée a été publiée en 2019, dans l'ouvrage *Powerful practice*. L'OTIPM est souvent classé avec les modèles de pratique ou cadres de référence (Morel-Bracq, 2017). Dans cette perspective, il est affilié au MOH, avec lequel il partage en effet des bases théoriques. Il est également parfois classé avec les modèles théoriques, c'est-à-dire au même niveau que le MOH (Rodger & Dancza, 2018). En effet, dans *Powerful practice* est développée une solide présentation du modèle transactionnel de l'occupation.

Le modèle transactionnel de l'occupation

Fisher et Marterella inscrivent tout leur raisonnement dans une perspective transactionnelle, qui souligne les relations entre la personne et le contexte, et permet de considérer l'occupation comme une réponse continue aux éléments situationnels qui se façonnent eux-mêmes mutuellement (2019) (Annexe E). Ainsi les expériences passées, présentes, futures, les influences de l'environnement socio-culturel, géopolitique sont inséparables.

Les différents éléments du modèle transactionnel sont :

- Les éléments socioculturels : règles, réglementations et normes ; attitudes et attentes ; morales, croyances, valeurs et coutumes partagées ; considérations éthiques,
- Les éléments géopolitiques : géographiques ; politiques ; économique ; historiques.
- Les éléments de l'environnement social : autres personnes ; caractéristiques d'autrui ; significations personnelles et attentes d'autrui ; animaux de compagnie et d'assistance ; liens sociaux et relations.

- Les éléments de l'environnement physique : espaces ; objets concrets, environnements numériques.
- Les éléments de la tâche : structure et timing attendus ; espaces, outils et matériels attendus ; but prévu ou résultat attendu.
- Les éléments du ou de la client.e : facteurs personnels ; habitudes, routines, rituels et rôles ; attitudes, croyances, intérêts et valeurs ; priorités occupationnelles ; fonctions corporelles.
- Les éléments temporels : passé, présent, futur ; structures temporelles, séquences et rythmes ; durée et fréquence.

Au centre de cette spirale, représentant le fait que tous ces éléments sont finement entremêlés et « tourbillonnent », on retrouve l'occupation, avec la performance occupationnelle, l'expérience occupationnelle et la participation. La performance occupationnelle est ce qui est observable, l'expérience occupationnelle est l'expérience que les client.es peuvent rapporter, et la participation est ce qui émerge quand le fait de *faire* est couplé avec une expérience de *valeur de cette action*.

Les éléments des client.es se trouvent dans le schéma, en font partie, puisqu'il.les sont aussi pris dans l'entremêlement de ce tout transactionnel. Des lignes relient tous les éléments entre eux, montrant ainsi qu'ils se façonnent mutuellement, influencent l'occupation et sont influencés par l'occupation.

Les auteures considèrent qu'avec le modèle transactionnel de l'occupation, elles introduisent un nouveau modèle conceptuel. C'est pourquoi l'OTIPM est parfois mis au même niveau que le MOH ou la MCREO.

Le MOH : un ancrage théorique distancié

Dans le MOH (Annexe F), l'occupation humaine est saisie selon plusieurs parties : l'Être, l'Agir et le Devenir, qui sont incluses dans l'Environnement. La volition, qui est une sous-partie de l'Être, est un concept clé qui saisit la motivation, le « moteur » à s'engager dans une activité. L'interaction de tous ces éléments aboutit au Devenir, à l'Adaptation occupationnelle, où les compétences et l'identité occupationnelles s'accordent (Cantin, 2021; Mignet, 2016; Morel-Bracq, 2017; Rodger & Dancza, 2018; Vanzetti et al., 2018).

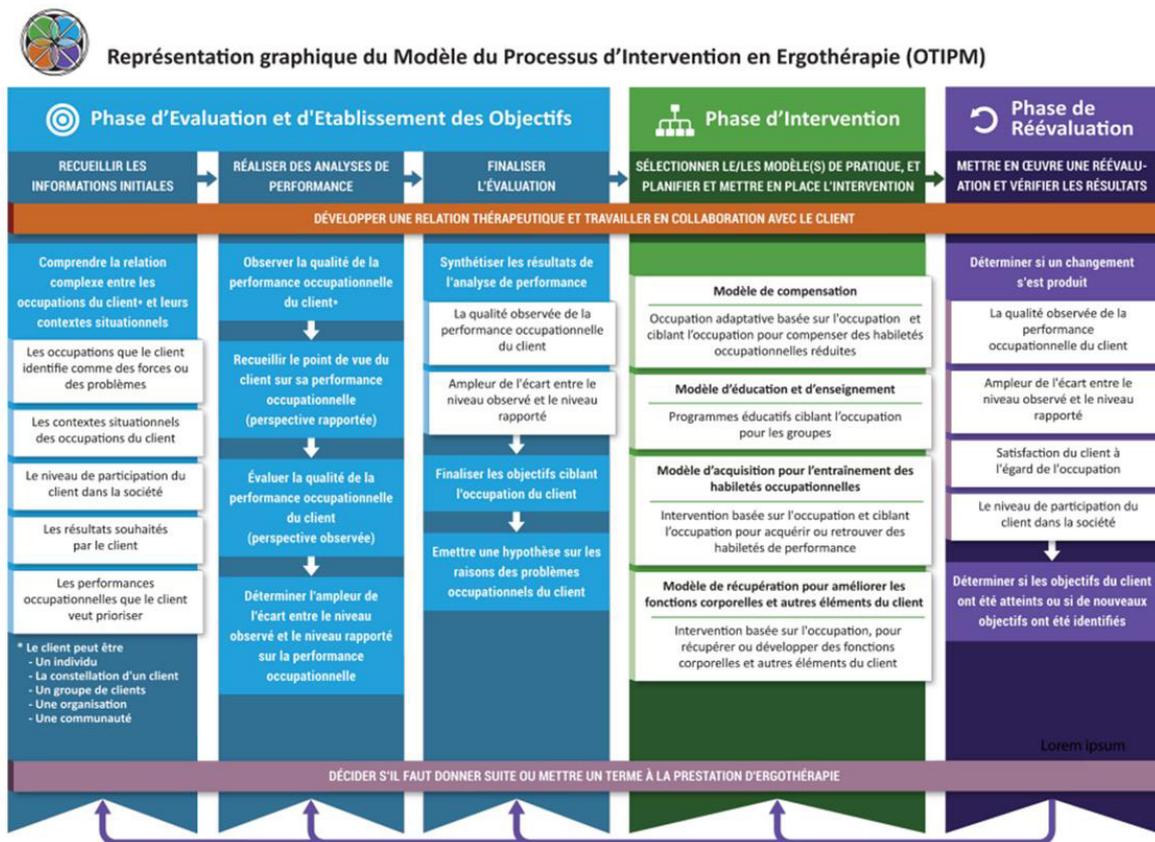
Si l'OTIPM est parfois affilié au MOH et reprend en effet son héritage centré sur la personne et sur l'occupation, et l'approche top-down, ses fondations théoriques s'en distinguent également. Le modèle transactionnel organise les différents éléments de façon plus horizontale et entremêlée. Les éléments de l'occupation dans l'OTIPM, avec les différents

niveaux de la performance occupationnelle, l'expérience occupationnelle et la participation, s'en différencient aussi (Fisher & Marterella, 2019; Kielhofner & Taylor, 2017).

Présentation du schéma de l'OTIPM

L'OTIPM, synthétisé en un schéma, a 3 grandes phases : évaluation et établissement des objectifs, phase d'intervention, réévaluation (Fisher & Marterella, 2019). Le modèle est circulaire, puisque l'on peut revenir à n'importe quelle étape lorsque c'est nécessaire (représenté par la flèche violette en bas). Les bandeaux « Développer une relation thérapeutique et travailler en collaboration avec les client.es » et « Décider s'il faut donner suite ou mettre un terme à la prestation d'ergothérapie » courent sur toutes les phases car ils sont valables à toutes les étapes du processus d'intervention.

Les éléments essentiels des différentes phases du processus schématisé vont être à présent passés en revue.



De Fisher, A. G., & Marterella, A. [2019]. *Powerful practice: A model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, CO: Center for Innovative OT Solutions. © Center for Innovative OT Solutions, 2019; peut être photocopié pour usage personnel

Figure 1 Schéma de l'OTIPM (Fisher & Marterella, 2019)

1.1.1.1.1 Évaluation et établissement des objectifs

- Recueillir les informations initiales : il s'agit d'obtenir des informations permettant de comprendre la relation complexe entre les occupations des client.es et le contexte situationnel. Cela comprend ce que le ou la client.e estime être ses forces et ses problèmes, les contextes situationnels de ses occupations, son niveau de participation dans la société, les résultats souhaités par le ou la client.e, les performances occupationnelles qu'il.le veut prioriser. Il est bien précisé que le ou la client.e peut être un individu, mais aussi la constellation d'un.e client.e, un groupe de client.es, une organisation ou une communauté.

- Réaliser des analyses de performance : il s'agit d'observer et d'évaluer la qualité de la performance occupationnelle du ou de la client.e (perspective observée), puis de recueillir son point de vue sur sa performance occupationnelle (perspective rapportée), et enfin déterminer l'ampleur de l'écart entre le niveau observé et le niveau rapporté sur la performance occupationnelle. Estimer cet écart permet de savoir sur quels points les client.es et l'ergothérapeute ont une compréhension commune des défis occupationnels de la personne. Il est très utile de ne pas s'en tenir à la perspective rapportée, et de mettre en place une évaluation permettant d'avoir la perspective observée, car les résultats obtenus sont souvent différents (K. T. Nielsen & Wæhrens, 2015).

- Finaliser l'évaluation : c'est l'étape où l'ergothérapeute prend en compte toutes les informations obtenues dans les phases précédentes. L'ergothérapeute synthétise les résultats de l'analyse de performance, la qualité observée de la performance occupationnelle des client.es et l'ampleur de l'écart entre le niveau observé et le niveau rapporté, puis finalise les objectifs ciblant l'occupation des client.es. L'ergothérapeute émet enfin une hypothèse sur les raisons de ces problèmes occupationnels. Utiliser le modèle transactionnel pour cette étape permettra de garder présente la complexité de l'occupation et d'éviter de simplifier ou de passer à côté d'éléments essentiels concernant les challenges occupationnels des client.es.

Dans ce modèle, c'est donc seulement à la toute fin du processus d'évaluation et d'établissement des objectifs que l'ergothérapeute émet des hypothèses sur les possibles causes des défis occupationnels des client.es. C'est seulement si c'est absolument nécessaire que l'ergothérapeute pourra envisager de mettre en place des évaluations décontextualisées des fonctions corporelles ou de l'environnement. Dans certaines situations, il sera plus pertinent d'adresser les client.es à d'autres professionnel.les pour ces évaluations, étant donné leur expertise dans ce domaine.

1.1.1.1.2 Phase d'intervention

- Sélectionner les modèles de pratique et planifier et mettre en place l'intervention

En se basant sur les données probantes existantes, l'ergothérapeute pourra choisir d'utiliser un ou plusieurs des modèles de pratique, de façon simultanée ou successive.

Les différents modèles sont :

- modèle de *compensation* : Il s'agit de permettre à la personne de performer l'occupation de façon différente de la manière typique de le faire, de compenser des habiletés de performance déficitaires (par exemple transformer des éléments situationnels et occupationnels, d'utiliser des méthodes alternatives, d'autres façons de faire...).
- modèle *d'éducation et d'enseignement* : Il s'agit de programmes d'éducation dont la cible est l'occupation. Souvent, ce moyen d'intervention est décontextualisé et n'est pas basé sur l'occupation (sauf dans les programmes où l'on expérimente des tâches réelles). Par contre, ils peuvent avoir pour cible centrale l'occupation.
- modèle *d'acquisition* pour l'entraînement des habiletés occupationnelles : Il s'agit d'acquérir, de redévelopper ou de maintenir des habiletés de performance, c'est-à-dire des actions dirigées vers un but, la plus petite unité observable de l'occupation.
- modèle de *récupération* pour améliorer les fonctions corporelles et autres éléments des client.es : Il s'agit de récupérer, développer ou maintenir les fonctions corporelles sous-jacentes. La cible distale reste bien l'occupation, mais la cible proximale est les fonctions corporelles des client.es.

Tous ces modèles restent centrés sur l'occupation et garantissent une approche top-down (voir annexe G).

1.1.1.1.3 Phase de réévaluation

C'est la mise en œuvre d'une réévaluation et la vérification des résultats. L'ergothérapeute détermine si un changement s'est produit : au niveau de la qualité observée de la performance occupationnelle des client.es, de l'ampleur de l'écart entre le niveau observé et le niveau rapporté, de la satisfaction des client.es à l'égard de l'occupation, du niveau de participation dans la société. Cela lui permettra de déterminer si les objectifs des client.es ont été atteints ou si de nouveaux objectifs ont été identifiés.

L'OTIPM propose donc des éléments très concrets pour accompagner le raisonnement tout au long de l'intervention. Il s'accompagne également d'autres outils : les 4 continuums, qui vont être abordés maintenant.

Les 4 continuums

Fisher et Marterella (2019) développent 4 continuums pour permettre de discuter et de critiquer les pratiques en ergothérapie.

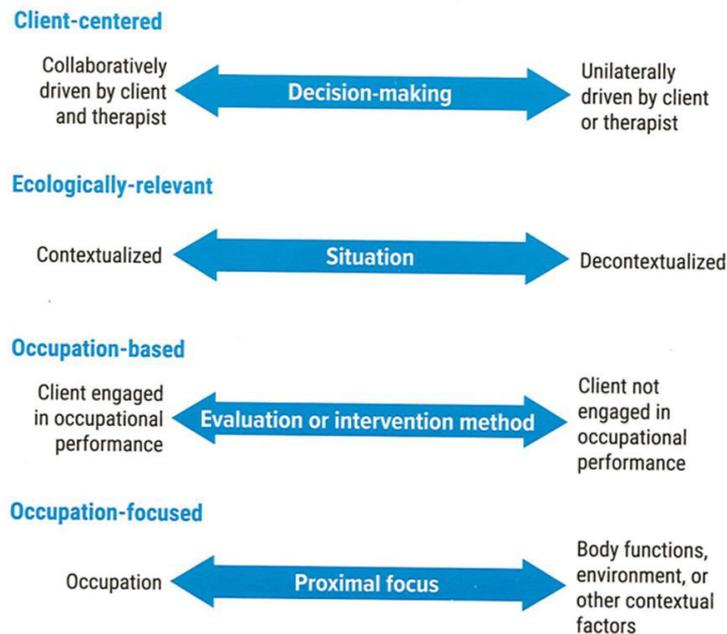


Figure 5-1. Four continua for evaluating the quality of occupational therapy services.

Figure 2 Les 4 continuums pour évaluer sa pratique en ergothérapie (Fisher & Marterella, 2019)

Le premier continuum est celui concernant la pratique centrée sur le client. Il s'agit de développer une relation thérapeutique collaborative et de travailler en respectant les valeurs des client.es, leur perspective, leurs préférences et leurs choix. L'aspect thérapeutique de la relation implique qu'elle soit construite sur le respect mutuel, la confiance, l'écoute active, une perspective de non-jugement et un processus de décision collaboratif. Pour mettre en place une relation collaborative, il faut considérer que l'ergothérapeute et le ou la client.e sont des partenaires, situés au même niveau, et impliqués activement dans le processus ergothérapique. Chacun.e possède une expertise : expertise en ergothérapie pour les thérapeutes, expertise de leur propre vécu pour les client.es (Polatajko et al., 2017).

Le premier continuum s'applique donc au processus de décision, qui peut être conduit de façon collaborative avec l'ergothérapeute et les client.es (à la gauche du continuum) ou conduit de façon unilatérale par l'ergothérapeute ou les client.es (à la droite du continuum). Il y a donc l'idéal du côté gauche, et tout un continuum le long duquel positionner ses interventions. Il s'agit de prendre en compte les valeurs des client.es, y compris lorsqu'elles sont différentes des nôtres (pour des raisons culturelles, de classes sociales, de statuts socioéconomiques...), et y compris lorsqu'elles conduisent les client.es à faire des choix avec lesquels l'ergothérapeute est en désaccord. Il est possible dans ce cas-là d'expliquer son

désaccord et partager son point de vue, mais la décision revient tout de même en dernier lieu aux client.es.

Ce continuum traduit très bien l'héritage de l'approche centrée sur la personne développée par Carl Rogers à partir de 1951, commun au MOH et à l'OTIPM. Cette vision humaniste met au-devant le fait que chaque personne doit être reconnue comme une personnalité singulière, qui a sa valeur propre, son vécu, sa façon personnelle d'aborder les choses et la vie. Elle ne peut en aucun cas être réduite à un tableau clinique ou à une pathologie. Le travail d'accompagnement consiste alors à soutenir les personnes pour « dégager l'accès à leurs ressources restées en friche » (Pörtner, 2017, p. 27), en considérant que ce sont les personnes elles-mêmes, en non pas les thérapeutes, qui savent le mieux ce qui est bon pour elles. Cette approche s'incarne par l'empathie, l'acceptation positive inconditionnelle et la congruence (Pörtner, 2017).

Le second continuum concerne la pertinence sur le plan écologique, à savoir si l'évaluation ou intervention est contextualisée (à la gauche du continuum) ou au contraire décontextualisée (à la droite du continuum). La pratique est contextualisée si la tâche et le contexte situationnels sont « réels ». Cela implique de considérer le contexte socioculturel et géopolitique. Il s'agit bien d'un continuum : il n'est pas toujours possible de se situer dans la situation idéale, mais il faut faire le maximum pour contextualiser sa pratique.

Le troisième continuum examine dans quelle mesure l'intervention est basée sur l'occupation : les client.es sont-ils/elles engagé.es dans des occupations réelles à tous les niveaux de la pratique (évaluation, intervention) ? L'occupation est-elle l'« ingrédient de base » de la pratique ? Il y a, à la gauche du continuum, un.e client.e engagé.e dans la réalisation d'une occupation, ou à la droite du continuum, un.e client.e qui n'est pas engagé.e dans la réalisation d'une occupation.

Enfin le quatrième continuum s'intéresse à l'intervention axée sur l'occupation : l'occupation est-elle la focale, ce à quoi l'on s'intéresse principalement, la cible de l'intervention ? Concernant la cible d'intervention il y a : d'un côté l'occupation (à la gauche du continuum), de l'autre les fonctions corporelles ou l'environnement (à la droite du continuum). Cela signifie qu'on ne concentre pas l'évaluation ou l'intervention sur quelque chose d'autre (par exemple les fonctions corporelles) en espérant que cela est révélateur ou aura des conséquences sur l'occupation. On travaille directement sur l'occupation, c'est le moyen et la fin, le moyen thérapeutique et l'objectif visé. Une évaluation qui cible l'occupation s'intéressera ainsi à la performance occupationnelle, à l'expérience occupationnelle, ou à la participation.

Dans la partie suivante, on verra comment ces différents outils sont opérants dans la pratique et de quelle façon les ergothérapeutes ont pu s'en saisir pour faire évoluer leur pratique.

IV . Des outils favorables au changement de la pratique en ergothérapie

L'OTIPM

Evolution de la pratique au niveau individuel

Dans une étude de cas, Lopez présente le suivi de Maxime, un jeune avec déficience intellectuelle (DI) en Institut Médico-Educatif (IME) selon les phases de l'OTIPM (Lopez, 2022). Elle commence par la phase d'évaluation, dans laquelle elle a besoin d'associer l'éducateur (considéré comme l'aidant principal dans ce contexte) car Maxime ne verbalise pas ses besoins. En utilisant la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), c'est le repas qui est identifié comme occupation prioritaire à travailler. Pour l'analyse de la performance occupationnelle, l'auteure n'a pas d'outil disponible pour observer de façon standardisée le repas avec un jeune présentant une déficience intellectuelle. En s'inspirant d'autres auteurs ayant travaillé sur l'augmentation de la participation de jeunes présentant une DI, l'auteure élabore une grille d'observation, qu'elle structure à partir du MCREO. Après l'observation écologique d'un repas, l'objectif principal est identifié : Maxime mangera seul de manière fonctionnelle (objectif secondaire : utilisation fonctionnelle des couverts).

L'intervention reprend les 4 types d'interventions de l'OTIPM :

- Compensation : mise en place d'une fourchette lestée coudée et d'un tapis anti-dérapant, avec un guidage verbal et gestuel qui s'estompe progressivement.
- Education et enseignement : conseils à Maxime lui-même et apprentissage de l'utilisation des aides techniques. Information de l'entourage familial et professionnel, essentiel pour favoriser le transfert des apprentissages dans le quotidien.
- Acquisition pour l'entraînement des habiletés occupationnelles : participation à un groupe de repas thérapeutique (travail de nouvelles habiletés de performance : utilisation du couteau pour pousser les aliments ou pour couper la viande), en restant centré sur l'occupation,
- Récupération pour améliorer les fonctions corporelles et autres éléments du client : développer la motricité fine, les praxies et la force (pour une tenue fonctionnelle des couverts et permettre le coupage).

Après réévaluation à 1 an et demi, l'utilisation fonctionnelle des couverts est atteinte, mais pas l'objectif principal car il y a besoin de stimulation ou guidance verbale parfois, et d'aide pour couper certains aliments plus durs. On n'a pas pu recueillir la satisfaction de Maxime. L'éducateur note une meilleure participation lors des repas.

L'approche guidée par l'OTIPM a bien permis d'augmenter la performance occupationnelle. L'OTIPM permet de structurer la pratique, de se centrer sur le contexte occupationnel de Maxime et d'avoir des objectifs ciblés. En revanche, dans ce cas-ci, l'aspect « centré sur le client » n'est pas vraiment rempli : on n'a pas pu recueillir les ressentis ou les

demandes de Maxime, et le lien principal a été fait avec l'éducateur référent. Or sa famille est également le client, avec Maxime. Les principales raisons de ce constat sont le manque de temps et le fonctionnement habituel de l'institution, parfois des difficultés propres à la famille.

Formation des ergothérapeutes de demain

Dans de nombreux pays, l'OTIPM est utilisé dans les instituts de formation en ergothérapie. En effet, le modèle est lisible, synthétique et applicable concrètement.

Dans sa communication pour le réseau européen ENOTHE, Petersen (2017) retient l'OTIPM pour guider les différentes étapes à mettre en œuvre pour les apprentis ergothérapeutes. L'observation à la tâche en contexte écologique est recommandée. Y compris quand elle est informelle et non standardisée, elle est cadrée par les 16 habiletés motrices et les 20 habiletés opératoires qui constituent l'AMPS (Assessment of Motor and Process Skills). L'OTIPM permet donc d'avoir une démarche top-down, centrée sur le ou la client.e et basée sur l'occupation tout au long de l'enseignement et de la pratique.

En Suisse, Senn et son équipe recommandent l'utilisation des étapes et de la démarche de l'OTIPM pour conserver la centralité de l'occupation tout au long du processus d'accompagnement, de la rencontre initiale jusqu'à la fin du suivi (Senn et al., 2018). Le support pédagogique qu'elles proposent est très visuel, avec une étude de cas illustrée que l'on suit étape par étape. Elles promeuvent l'utilisation de l'observation écologique, voire la vidéo, pour permettre d'évaluer et réévaluer la performance occupationnelle de la personne et estimer l'impact de l'intervention et l'atteinte des objectifs.

Dancza et Rodger (2018) utilisent l'OTIPM dans leur manuel à destination des étudiant.es en ergothérapie. L'OTIPM soutient une approche d'évaluation et d'intervention axée sur le client, top-down et fondée sur l'occupation. Il vise à fournir une structure pour guider le raisonnement professionnel. Le changement est cartographié par l'ergothérapeute à l'aide du schéma de l'OTIPM pour développer une compréhension du ou de la client.e et de son contexte de performance, la priorisation des objectifs, l'observation et l'évaluation, le choix des approches d'intervention pertinentes et enfin la réévaluation. Lors de la phase d'intervention de l'OTIPM, la tâche de l'ergothérapeute est de sélectionner un ou plusieurs modèles d'intervention pour accompagner le changement.

L'OTIPM offre donc un soutien dans le raisonnement et la méthodologie pour les futur.es ergothérapeutes en formation, notamment en vue de réduire le gap entre les valeurs fondatrices de l'ergothérapie et la pratique de terrain.

Changement collectif des pratiques au niveau d'un service

Lorsque l'on travaille selon l'Evidence Based Practice (EBP), on doit continuellement évoluer dans sa manière de travailler pour intégrer les nouvelles connaissances. Changer les pratiques au niveau d'un service n'est pas toujours simple. La mise en œuvre réussie d'une mise à jour des connaissances est liée à des facteurs organisationnels (culture, mode de direction, management, temps alloué...), ainsi qu'à des facteurs individuels (connaissances, intérêts professionnels...). Un des enjeux est également le fait que ces changements perdurent dans le temps et qu'on ne revienne pas finalement aux vieilles habitudes (Sirrka, Zingmark, et al., 2014). Il y a peu de recherches EBP en ergothérapie, ce qui demande un travail supplémentaire en tirant des informations d'autres disciplines pour les transposer dans sa pratique. Cela implique que les modèles de pratique en ergothérapie sont une source essentielle dans le développement d'une pratique fondée sur des données probantes, car ils peuvent guider les ergothérapeutes dans le processus d'intervention dans leur pratique quotidienne. L'OTIPM peut guider les ergothérapeutes dans le raisonnement professionnel et aider à l'amélioration des pratiques de soins. Les ergothérapeutes rencontrent des difficultés à mettre en place une pratique centrée sur le client, axée sur l'occupation et fondée sur des données probantes (Fisher, Kielhofner, cités par Sirrka, Zingmark, et al., 2014). La mise en œuvre de preuves, y compris des modèles de pratique, est utile, car elle donne une base solide à la pratique de l'ergothérapie.

L'étude suédoise (Sirrka, Zingmark, et al., 2014) porte donc sur la façon dont un travail de long cours d'amélioration des pratiques basée sur l'OTIPM peut se faire dans un service. C'est une étude qualitative des documents écrits concernant le processus d'amélioration de la pratique dans le service (soins aigus), qui s'est déroulée sur 12 ans, dans un service avec 21 ergothérapeutes (dont plus de la moitié étaient là les 12 ans). Divers documents ont été analysés : plans opérationnels annuels, documents de planification mensuels, sondages de satisfaction menés auprès des client.es, dossiers des client.es, programmes général et spécifiques d'ergothérapie, documents d'informations à destination les clients... (rédigés par l'équipe de direction, les cadres de santé, les ergothérapeutes volontaires du service). Cela représente au total 435 pages (la littérature utilisée comme support pour l'amélioration de la pratique n'est pas incluse).

Le travail de lecture, d'analyse, et de comparaison a permis d'identifier 7 phases dans le processus, regroupées en 3 phases principales.

La première phase est la réorientation avec l'OTIPM (2001-2005). Elle contient 3 stades :

- Initier le travail d'amélioration et commencer à mettre en place l'OTIPM : en 2001 l'unité avait identifié le besoin de fonder sa pratique sur des données probantes et de mettre davantage l'accent sur l'occupation ainsi que sur la participation des client.es dans processus d'intervention. Un travail d'amélioration de la pratique a donc été engagé, et c'est l'OTIPM

qui a été choisi comme outil le plus pertinent pour établir une pratique fondée sur des données probantes, axée sur l'occupation et centrée sur le client. Des groupes de travail ont donc été mis en place pour se familiariser avec le modèle, le comparer avec le travail réel dans le service. Cela a permis d'identifier des points à changer.

- Clarifier le processus d'intervention dans les documents et dans la pratique : un document synthétique a été créé pour clarifier comment mettre en place l'OTIPM dans le service, en se basant également sur les recommandations de l'association nationale des ergothérapeutes suédois. Les méthodes d'intervention et les types d'occupations utilisés dans les interventions ont été discutés dans les groupes de travail. Les évaluations basées sur les déficiences et non pas sur les occupations ont aussi été remises en question. Enfin, la question s'est posée de la continuité de cette approche dans les soins, et pour cela de nombreux ergothérapeutes d'autres services et en libéral, ont été formés par les ergothérapeutes du service lors d'ateliers sur l'OTIPM.

- S'assurer que le dossier du ou de la client.e reflète l'OTIPM : l'espace laissé pour les différentes questions ou informations a été modifié, certains termes ont été revus afin de correspondre aux termes clés de l'OTIPM.

La deuxième phase est la mise en œuvre de l'OTIPM (2005-2010) et est composée de 2 stades :

- Accompagner la prise de décision lors de l'adoption de l'OTIPM : cela correspond à un moment où la file active avait augmenté dans le service. L'équipe a donc eu besoin de s'assurer qu'elle utilisait toujours correctement l'OTIPM même en accompagnant plus de client.es. Un schéma pour le service a été créé, inspiré de celui de Fisher, pour permettre aux ergothérapeutes de se référer aux différentes étapes attendues.

- Améliorer l'aspect centré sur la personne du processus d'intervention : cela s'est combiné avec des éléments extérieurs : l'accent mis sur la sécurité dans les interventions au niveau régional et la durée moyenne de séjour qui avait baissé. La façon dont les ergothérapeutes pouvaient encore être centrés sur la personne et sur l'occupation, avec une approche top-down, alors qu'il.les ont plus fréquemment fait uniquement les premières étapes de l'OTIPM (l'évaluation) a été abordée. Le type d'intervention a été discuté : exclusion des exercices qui ne sont pas signifiants pour la personne, en les remplaçant par des activités comme l'ordinateur, monter ou descendre d'une voiture, ou faire des tâches domestiques. Dans l'optique de l'augmentation de la sécurité et de la participation des clients, plusieurs feuillets d'informations ont été créés, pour transmettre aux personnes des conseils de posture, pour performer les activités en dehors des séances. Un travail a également été fait pour que les objectifs soient davantage centrés sur les client.es. On en retrouve l'évolution dans les dossiers médicaux.

La troisième étape identifiée consiste à maintenir durablement la pratique fondée sur les preuves et basée sur l'OTIPM (2010-2013) et comprend 2 stades.

- Intégrer les données de la recherche dans le processus d'intervention : les ergothérapeutes du service ont été sensibilisés et se sentent davantage de compétences pour rechercher les données probantes guidant la prise de décisions. Cette pratique est donc devenue plus fréquente dans le service.

- Réévaluer l'adoption de l'OTIPM : la pratique dans le service a été réévaluée : les interventions pratiquées, le matériel du service a été repensé (achat d'ordinateurs ou machines à café grand public, correspondant à ceux qu'on trouve habituellement).

Cette recherche indique que l'utilisation d'un modèle de pratique peut soutenir un travail d'amélioration de la pratique et entraîner des évolutions durables. En utilisant l'OTIPM, les ergothérapeutes ont développé au fil des ans de nouvelles habitudes pour remettre en question leur pratique, développer et mettre à jour divers types de documents qui ont soutenu les améliorations des services d'ergothérapie. L'étude montre que l'utilisation de l'OTIPM dans le processus d'intervention est devenue durable dans la pratique, ce qui correspond aux résultats qualitatifs d'une étude complémentaire (Sirkka, Larsson-Lund, et al., 2014). Cela confirme les résultats d'autres études démontrant que l'amélioration de la pratique via l'application des modèles théoriques ou appliqués soutient les tentatives des ergothérapeutes d'entreprendre des interventions cliniques fondées sur des données probantes, centrées sur l'occupation et sur le ou la client.e (4 études entre 2008 et 2010 citées par Sirkka, Zingmark, et al., 2014).

Après avoir vu comment l'OTIPM peut soutenir le changement de pratique en ergothérapie, que ce soit individuellement, en formation initiale ou au cours de la pratique, ou collectivement à l'échelle d'un service, l'on va maintenant aborder un outil complémentaire pour une analyse critique de sa propre pratique : l'OCIA.

L'OCIA

En cherchant les utilisations qui ont été faites de l'OTIPM, la pertinence de l'OCIA, *Occupation-centered Intervention Assessment* (Evaluation de l'intervention centrée sur l'occupation) pour faire évoluer les pratiques est apparue (Annexe H). L'OCIA est elle aussi née du constat de départ d'un gap entre les valeurs fondamentales de l'ergothérapie et les pratiques cliniques, estimant que cela empêche d'avoir une identité professionnelle claire, tant pour les soigné.es qui ne voient pas la différence avec les autres professionnel.les, pour les étudiant.es qui peinent à connecter les apprentissages dans la formation avec le terrain, que pour les autres professionnel.les qui ne comprennent pas bien ce que fait l'ergothérapeute exactement. L'OCIA a donc été créé pour analyser l'aspect occupation-

centrée de la pratique par l'auto-évaluation et la réflexivité, et aider les ergothérapeutes à mettre en place des interventions dans un contexte pertinent écologiquement, centrées sur le client, basées et axées sur l'occupation (Jewell & Pickens, 2017). La notion d'occupation et le fait de centrer son intervention sur l'occupation sont des notions complexes, qu'il est bon d'intégrer dès la formation, en cours comme en stage.

Une étude de cas a montré qu'il y avait bien un passage d'un paradigme biomédical à une approche centrée sur l'occupation (Jack & Estes, 2010) : il y a un changement au niveau des valeurs, des représentations, mais qui a du mal ensuite à s'incarner dans la pratique. Il est difficile de décrire les interventions centrées sur l'occupation, puisqu'elles sont très diverses et n'ont pas d'outil approprié pour les cerner. S'inscrivant dans le cadre théorique de l'OTIPM, l'OCIA entend répondre à ces manques et saisir la profondeur et la complexité des interventions basées sur l'occupation. Les études montrent que l'OCIA a permis d'augmenter la réflexivité sur sa pratique, soutient l'identité professionnelle, augmente la compréhension approfondie de ce qu'est une intervention centrée sur l'occupation et facilite sa mise en place (Jewell et al., 2022).

L'OCIA montre de bonnes qualités psychométriques : validité de contenu, utilité et fidélité interjuges pour les interventions en rééducation auprès de personnes âgées (Jewell & Pickens, 2017), en SSR adultes (Jewell et al., 2022), en santé mentale (Wienkes et al., 2020) et en pédiatrie (Jewell et al., 2022).

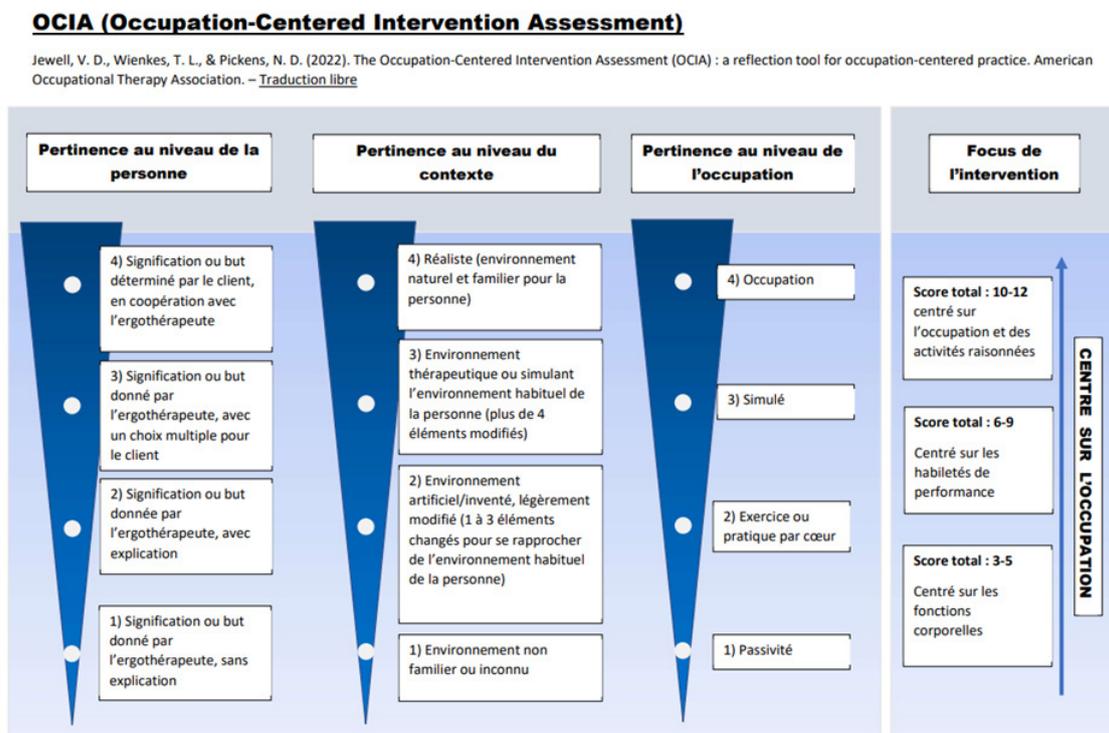


Figure 3 Les continuums de l'OCIA (traduction libre)

L'OCIA est un outil visuel, rapide, facile à mettre en place, qui comporte 3 items :

- Pertinence au niveau de la personne
- Pertinence au niveau du contexte
- Pertinence au niveau de l'occupation

Chaque item est coté selon 4 niveaux, de 1 à 4, dans une logique de continuum, ce qui donne un score total pouvant varier de 3 à 12. Le score 12 est rarement atteint, car il peut exister des contraintes indépassables dans chaque milieu d'exercice. Il s'agira donc de développer des stratégies pour tendre vers une pratique centrée sur l'occupation, malgré les ressources limitées et le cadre de contrainte.

Pertinence au niveau de la personne

Cet item réfère à la pratique centrée sur le client. Cela signifie partager les connaissances, le pouvoir et les responsabilités avec le client (Gupta & Taff, 2015). Cela dépend à la fois des désirs et capacités du client à s'engager dans la prise de décision et des choix du professionnel pour inclure le client dans le processus de décision.

Ce continuum représente la façon dont la signification, le but de l'intervention sont déterminés et la place des clients dans le processus de décision.

- 1) Signification ou but donné par l'ergothérapeute, sans explication :

L'intervention est décidée par l'ergothérapeute, sans aucun apport des client.es ni collaboration. Les raisons de ce choix ne sont pas partagées avec les client.es.

- 2) Signification ou but donné par l'ergothérapeute, avec explication :

L'ergothérapeute décide seul.e de l'intervention, mais en explique ses tenants et aboutissants au client.

- 3) Signification ou but donné par l'ergothérapeute, avec un choix multiple pour le client.e :

L'intervention est proposée par l'ergothérapeute uniquement, mais sans impliquer les client.es dans le processus de décision. Le ou la client.e accepte simplement de participer à l'intervention et a plusieurs propositions entre lesquelles choisir.

- 4) Signification ou but déterminé par les client.es, en collaboration avec l'ergothérapeute :

Il existe une collaboration ergothérapeute-client.e pour établir une intervention signifiante et qui a un but pour le client.e. L'ergothérapeute doit pour cela comprendre le rôle du client.e, ses routines, son contexte et son environnement.

Pertinence au niveau du contexte

Le contexte et l'environnement influencent grandement la manière dont les occupations sont performées. Le contexte (suivant l'OTPF) inclut les aspects culturels, personnels, temporels, virtuels, physiques et sociaux. Ce continuum représente donc l'inclusion du contexte et de l'environnement des client.es dans l'intervention. Cela augmente les chances de généralisation des habiletés acquises dans sa vie quotidienne (Jewell et al., 2022). Le contexte peut ainsi être coté :

1) Non familier ou inconnu :

L'intervention a lieu dans un environnement qui est complètement nouveau ou non familier pour le client.e, par exemple une salle de rééducation ou une chambre d'hôpital.

2) Artificiel/inventé, légèrement modifié :

L'ergothérapeute change 1 à 3 éléments du contexte pour se rapprocher de l'environnement habituel de la personne.

3) Environnement thérapeutique ou simulant l'environnement habituel de la personne

L'ergothérapeute reproduit au mieux l'environnement habituel de la personne, en modifiant 4 éléments ou plus de l'environnement. C'est le score le plus haut qui peut être atteint dans certains contextes, du fait de contraintes temporelles, budgétaires ou d'assurance.

4) Réaliste :

L'intervention a lieu dans un environnement naturel et familier, qui correspond à celui habituel du client.e, tant au niveau des outils, du matériel, du timing (moment de la journée), du contexte social et culturel.

Pertinence au niveau de l'occupation

Les éléments cotés dans la pertinence contextuelle ne sont pas cotés à nouveau dans cet item. On s'attachera à évaluer l'intervention elle-même ou sa modalité thérapeutique.

1) Passivité :

Ce type d'intervention ne requiert pas de participation de la part du client.e, qui est passif, par exemple des étirements ou mobilisations. On classe souvent ce type d'intervention dans les activités préparatoires.

2) Exercice ou pratique par cœur :

L'intervention consiste en des mouvements répétitifs ou des séries de mouvements (pour augmenter la force, l'endurance, la mobilité), ou en la répétition d'une seule habileté (qui est un petit élément d'une tâche).

3) Simulé :

L'intervention comprend des éléments de simulation ou de « faire comme si ».

4) Occupation :

L'intervention comprend la participation à une occupation, qui peut être IADL, BADL, management de sa santé, repos et sommeil, éducation et scolarité, travail, jeu, loisir et participation sociale.

L'OCIA propose donc un cadre pour analyser, penser et mettre en place des interventions ergothérapeutiques qui soient centrées sur les client.es, valides écologiquement et basées sur l'occupation, à partir de l'auto-évaluation de sa pratique.

Les valeurs centrales de l'ergothérapie sont massivement partagées : une pratique centrée sur l'occupation et ancrée dans un contexte pertinent, signifiant pour la personne. Ce type de pratique démontre une meilleure efficacité sur l'amélioration de la performance occupationnelle et de la participation que les activités décontextualisées. Cependant, la majorité des interventions en ergothérapie ne correspond pas à ces éléments de preuve : il existe un gap entre les théories consensuelles et les pratiques de terrain. Des ergothérapeutes proposent des outils pour tenter de modifier la pratique et de la faire correspondre aux paradigmes actuels, notamment à travers l'auto-évaluation via l'OCIA. Ce travail de recherche explorera donc la question suivante : **En quoi l'OCIA peut-elle soutenir effectivement les ergothérapeutes français dans une pratique centrée sur l'occupation lors de la phase d'intervention ?**

Partie Méthodologie

Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'explorer l'utilité de l'OCIA comme vectrice de changement de pratiques chez les ergothérapeutes en France. Les objectifs secondaires sont de repérer les outils utilisés actuellement dans la pratique d'interventions centrées sur l'occupation, de valider le décalage entre la théorie et la pratique constaté dans la littérature et d'identifier les ressources et les freins à la pratique d'interventions centrées sur l'occupation.

Design de l'étude

Cette étude est exploratoire, non interventionnelle et qualitative. Elle vise à interroger des ergothérapeutes sur leur pratique et à recueillir leurs expériences, et à faire du lien avec la littérature existante.

Sélection des personnes interviewées

Critères d'inclusion et de non inclusion

Au vu de la littérature, l'étude retient les critères d'inclusion suivants :

- être ergothérapeute diplômé.e d'état
- exercer au moins à mi-temps dans le contexte français (puisque'il s'agit d'étudier plus en détail cet outil étasunien en France)
- avoir au minimum 3 années d'exercice de la profession (pour avoir pu expérimenter le potentiel décalage entre la théorie, la formation et le terrain)
- travailler en SSR adulte ou en santé mentale (puisque ce sont des secteurs pour lesquels l'OCIA a été validé au niveau psychométrique)

Les critères de non-inclusion sont les suivants :

- ergothérapeutes établis hors Rhône-Alpes (pour faciliter les entretiens de visu, car les entretiens en visioconférence ont tendance à être plus superficiels (Pichon, 2020))

Mode de recrutement

La recherche d'ergothérapeutes se fera par e-mail, de proche en proche. Le message de contact sera envoyé à des ergothérapeutes connues, qui pourront le relayer dans leurs

réseaux ou à leurs collègues. Une fois que les ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion auront été sélectionnés, un e-mail plus détaillé leur sera envoyé afin de leur présenter les conditions de passation de l'entretien et de prendre rendez-vous.

Présentation de la démarche d'investigation

C'est l'entretien semi-dirigé qui a été retenu, car son ouverture en fait un outil privilégié pour une enquête exploratoire. Il permet en effet de dégager de nouveaux sujets, qui n'auraient pas été identifiés lors de la revue de littérature, en plus de ceux retenus dans les lectures. Le guide d'entretien (Annexe I) comprend 4 thèmes : pratique actuelle des ergothérapeutes interrogés, évaluation, changement des pratiques et intérêt de l'OCIA. Ces thèmes ont été déclinés en indicateurs, puis en variables, afin de construire des questions permettant de répondre le plus fidèlement possible aux objectifs de la recherche énoncés ci-dessus.

Respect des règles éthiques

Afin de répondre aux exigences éthiques, un formulaire de consentement (Annexe J) a été envoyé à chaque ergothérapeute avant l'entretien. L'objectif de l'étude, ses conditions de réalisation, la confidentialité et l'anonymat y sont mentionnés. Leur accord écrit sera nécessaire pour les inclure dans l'étude. Les personnes seront dans le droit de se retirer de l'étude à tout moment et pourront avoir accès à leurs données. Les enregistrements seront détruits après retranscription. Une copie du mémoire leur sera transmise une fois terminé, leur permettant d'avoir un retour sur leur participation et de s'assurer du respect des modalités de la recherche.

Traitement et analyse des données

Une fois réalisés, les entretiens seront intégralement retranscrits à l'écrit. Ils seront alors anonymisés : les noms de ville, de structure ou autre permettant d'identifier la personne seront supprimés. Chaque ergothérapeute sera désigné.e avec une lettre et un chiffre attribués aléatoirement.

Les données seront traitées et analysées grâce à une grille d'analyse (Annexe K). Celle-ci recense les thèmes, les variables et les indicateurs construits à partir de la partie théorique. La méthodologie d'analyse retenue est qualitative et thématique.

Contraintes prévisionnelles de l'étude

Le petit nombre d'interviewés représente une limite : l'échantillon est trop petit pour être représentatif de la pratique des ergothérapeutes en France. Le manque d'expérience en recherche peut également impacter les résultats, tant dans la réalisation des entretiens que dans la formulation des questions.

Résultats et Analyse

Présentation de la population interrogée

Afin de garantir l'anonymat des ergothérapeutes interrogées, celles-ci seront nommées de façon aléatoire de E1 à E4.

	E1	E2	E3	E4
Année de diplôme	2011	2015	2002	2017
IFE de formation	Montpellier	Lyon	Lyon	Lyon
Cadre d'exercice	SSR Polyvalent	Santé mentale : SAMSAH	SSR polyvalent	Santé mentale : CATTP et centre de réhabilitation psycho-sociale

Diversité des pratiques actuelles

Place de la personne dans les décisions : du programme préétabli à la co-construction

Concernant la collaboration pour décider de l'intervention, toutes les ergothérapeutes sondées disent faire évoluer leur intervention en fonction de la personne : E1 : « c'est en fonction d'eux de toute façon ». E1 et E3 s'enquière des habitudes de vie de la personne et de ses centres d'intérêt au cours d'un entretien. E1 et E4 questionnent directement la personne sur ses attentes. E1, E2 et E4 cherchent à cerner le sens donné par la personne (E1 : « au niveau des activités significatives, qu'est-ce qui est important pour vous ? », E2 : « l'idée, c'est vraiment que ce soit la personne qui soit actrice de ce PAI », E4 : « on va s'intéresser à vraiment à ce que la personne a envie de faire »). E1 et E3 se basent également sur la prescription médicale pour orienter leur intervention. Pour les personnes avec lombalgie, E1 suit un programme-type prédéfini. E2 et E4 font évoluer le projet, de façon « coconstruite » (E2) et « en concertation » (E4) entre la personne et l'équipe. E2 et E4 soulignent que la personne choisit d'être là et qu'elle peut à tout moment arrêter, elles échangent avec la personne, modifient les propositions selon les suggestions de la personne, « c'est la personne qui mène, simplement nous on va aiguiller » (E2).

E1 et E4 présentent l'ergothérapie pour favoriser l'émergence de demandes : E1 « j'explique mon métier pour qu'ils puissent avoir une demande précise ». E1 et E2 n'expliquent pas à la personne l'objectif de la séance. E3 utilise des choix multiples concernant les possibilités de séance avec les personnes. E1 utilise aussi des choix multiples, fait des propositions uniques pour lesquelles elle vérifie l'accord de la personne : « est-ce que vous êtes d'accord avec ça ? », ou ne laisse pas le choix quant au programme de la séance.

Environnement hospitalier, modifié, écologique

E1 et E3 ne peuvent se rendre à domicile que de façon très exceptionnelle et travaillent souvent en chambre. Elles réalisent régulièrement des aménagements dans leurs locaux pour ressembler au milieu de vie de la personne.

E1, E3 et E4 bénéficient d'une cuisine thérapeutique, d'une salle d'ergothérapie ou d'un atelier situé dans le service. E4 a une cuisine thérapeutique volontairement peu aménagée : « une petite plaque électrique, vraiment pourrave, un petit four électrique, pour un peu représenter une personne qui n'a pas beaucoup de moyens ».

E4 travaille beaucoup à domicile et hors de l'hôpital sur son poste au centre de Réhabilitation psychosociale (RPS). E2 travaille exclusivement à l'extérieur : domicile, magasin, en plein air, café, restaurant... « Notre pratique, elle est beaucoup en milieu écologique ».

Contenu des séances : l'occupation en filigrane

L'éventail de pratiques rapportées est très large. E1 et E3 ont des pratiques en passif et en actif aidé, ainsi que des exercices de rééducation. E1 et E3 utilisent des jeux et activités ludiques ou de loisirs, E4 aussi plus rarement.

E1 utilise des mises en situation sur l'activité de soins (transferts, habillage). E3 fait des simulations de tâches domestiques : « On fait ce genre de choses, balayage, étendre le linge et cetera, mais souvent hors contexte ». E4 accompagne sur des activités de vie quotidienne (tâches ménagères, cuisine...). Toutes les ergothérapeutes consultées utilisent les mises en situation cuisine, en cuisine thérapeutique pour E1 et E3, à domicile pour E2 et E4. E3 ne fait jamais les courses, E1 très rarement, E2 et E4 fréquemment.

E2 et E4 utilisent la discussion comme moyen d'intervention. E4 utilise les jeux de rôle et l'application des stratégies en milieu écologique. E4 note une grande différence de pratique entre les deux services où elle travaille : « au CATTP, on ne propose pas vraiment d'intervention autour de l'occupation » « [Au centre de RPS], on peut proposer des interventions en groupe, mais qui auront toujours pour but de faciliter les occupations des personnes ». E2 accompagne fréquemment sur des balades, des rendez-vous de vie quotidienne de la personne.

Phase d'évaluation : une grande variété de pratiques

L'évaluation est là encore réalisée de façon très diverse. E1 n'a pas un processus d'évaluation formalisé, et base son évaluation sur de l'observation informelle et de la discussion.

E2 s'inscrit dans un processus d'évaluation formalisé sur 6 mois : 3 mois de « discussions » informelles, de temps pour « rencontrer la personne », d'observation informelle, puis 3 mois pour faire des bilans ergothérapeutiques. E2 utilise le MOHOST, l'ELADEB, le test des errances multiples, l'OQ, des bilans cuisine non standardisés. Le processus se termine sur la signature d'un PAI coconstruit avec l'utilisateur.

Pour E3, « tout dépend de la patho » : son processus d'évaluation comprend dans tous les cas une observation informelle, une discussion sur les habitudes de vie, des mises en situation en chambre (transferts...). Dans certains cas, elle réalise en plus (pour une personne ayant fait un AVC par exemple) des tests standardisés (Kapandji, Box and block test, Perdue, Stroop...). S'ajoutent parfois des mises en situation cuisine (test du gâteau au chocolat ou de l'omelette), avant retour à domicile notamment.

E4 note une différence selon le service : au CATTP, pas d'évaluation formelle, car la culture d'équipe ne le permet pas : « l'évaluation, elle est fortement connotée avec contrôle ». « Dans le pôle, c'est l'unité de réhab qui est identifiée comme faisant de l'évaluation » : entretien sur les habitudes de vie, évaluations standardisées (Eladeb, KTA), utilisation du dossier du patient en ergothérapie et de la GAS.

Aucune ne se situe spontanément par rapport aux termes top-down, bottom-up ou top-to-bottom-up : E1 « Ah non je connais rien à ça ». Après explication, E2 et E4 se situent plutôt sur l'approche top-down, E3 plutôt bottom-up.

L'articulation entre l'ergothérapie et l'occupation

Des pratiques unanimement perçues comme centrées sur l'occupation

E1, E2 et E3 considèrent leur pratique comme centrée sur l'occupation. E4 considère sa pratique comme centrée sur l'occupation « à mi-temps, parce qu'au CATTP c'est vrai que je n'ai pas cette impression ».

Toutes partagent une forme d'évidence quant à la nécessité d'avoir une pratique centrée sur l'occupation, voire relie la définition même de l'ergothérapie à une pratique centrée sur l'occupation : E3 « pour moi ça n'a pas de sens de faire de l'ergothérapie si ce n'est pas centré sur ce que la personne va retrouver en rentrant chez elle ».

Cartographie des freins à une pratique plus centrée sur l'occupation

Les ergothérapeutes interrogées évoquent de nombreux freins à une pratique davantage centrée sur l'occupation. Toutes relèvent le manque de temps comme un obstacle.

Selon E3, les lourdeurs administratives empêchent les sorties de l'hôpital ou de se procurer des fournitures consommables standard, type nourriture pour cuisiner : « à chaque fois, il faut faire des tonnes de paperasse avant pour le mettre en place, donc c'est compliqué, c'est dissuasif ».

E1 et E3 évoquent le manque de matériel comme un frein, ainsi que l'absence d'environnement modulable ou semblable à un domicile de particulier pour les mises en situation. E3 pointe l'absence de budget ergothérapique dédié pour des mises en situation type course.

E3 et E4 soulèvent la question du manque de personnel : E4 : « [On n'a] pas beaucoup de temps, et pas beaucoup de gens ». E1 pointe le manque de formation continue. E3 pointe l'accès aux formations ou aux bilans de langue étrangère, en anglais notamment.

E1 pointe l'absence de cadre de supervision d'équipe ou d'analyse de la pratique professionnelle. E2 pointe le fait d'être la seule ergothérapeute dans une équipe pluridisciplinaire et les difficultés liées au manque de légitimité en tant qu'ergothérapeute : « ça ouvre un petit peu le champ des possibles quoi, parce qu'ici y a pas d'autres ergos » « en tant qu'ergo, la légitimité c'est pas facile ».

E2 soulève les problèmes liés à une définition floue de la place et du rôle de l'ergothérapeute dans l'équipe. E3 pointe les freins « internes » : « parfois les contraintes, c'est nous qui nous les mettons avec des histoires d'habitude, de fonctionnement ». E4 pointe la culture de l'équipe : « je ne pense pas que tous les soignants soient d'accord pour dire qu'il faut laisser les personnes décider ».

E3 pointe la difficulté parfois d'avoir accès aux habitudes de vie de la personne, du fait de troubles de la mémoire ou de la barrière de la langue.

Inventaire des ressources pour une pratique plus centrée sur l'occupation

Les ergothérapeutes questionnées notent divers appuis pour avoir une pratique centrée sur l'occupation.

Pour E1, E2 et E4, la connaissance du métier d'ergothérapeute est essentielle : par l'équipe qui soutient ainsi son travail spécifique : « l'équipe est bienveillante et comprend bien le rôle de l'ergo » (E2), et par les usagers qui peuvent ainsi avoir des demandes correspondant à l'approche centrée sur l'occupation : « on lui présente aussi nos interventions en groupe, les possibilités d'intervention individuelle, pour l'aider dans son choix » (E4).

E2, E3, E4 relèvent « la légitimité de l'ergo à aller sur l'occupation » (E2), l'évidence de travailler en écologie (E2), en laissant la personne décider elle-même (E4), « le fait déjà que c'est parlant et pour moi et pour le patient » (E3), qui s'inscrivent exactement dans le domaine de compétence de l'ergothérapeute.

E1 et E4 affirment l'intérêt d'avoir du matériel à prêter, un environnement modulable, type salle de bain standard pour pouvoir tester vraiment les choses. E3 souligne l'apport d'avoir du matériel apporté par la personne elle-même, collecté par les ergothérapeutes ou exceptionnellement autorisé : « on a un balai, on est les seuls à avoir le droit d'en avoir dans l'hôpital ». E4 note l'apport du travail à l'extérieur, dans les lieux habituels des usagers.

E1, E2 et E4 soulignent l'importance d'échanger avec d'autres ergothérapeutes. Cela peut être entre collègues dans un même service (E1), dans des groupes d'échanges de pratiques (E2), en formation (E1, E4) : « dès qu'on se forme, on voit les pratiques, [...] la formation en elle-même et les pratiques des autres ergos » (E1). E4 relève l'importance d'avoir plus d'ergothérapeutes dans les services pour pouvoir porter davantage la perspective centrée sur l'occupation.

E1, E2 et E4 pointent l'importance de la formation et des groupes d'échange de pratique. E2 souligne l'apport d'une formation faite par toute l'équipe, qui débouche sur une réflexion de service : « tout le monde l'a fait, et du coup c'est super parce qu'on va parler la même langue » « via cette formation, on questionne un petit peu les documents officiels »

E3 évoque la possibilité d'élaborer des solutions créatives (séance cuisine avec plusieurs personnes pour faire un repas de A à Z). E1 souligne l'influence de l'organisation du travail : « on est très très autonome mais du coup l'avantage c'est qu'on est libre de proposer la séance qu'on veut ».

L'auto-évaluation avec l'OCIA : un accueil enthousiaste

L'OCIA : un outil d'auto-évaluation perçu comme intéressant

Toutes trouvent l'OCIA intéressant, « assez simple à comprendre » (E1) et rapide à utiliser : « ça ne prend pas beaucoup de temps » (E3).

Pour E2, l'OCIA pourrait permettre de « justifier ses interventions auprès de l'équipe ou auprès de la hiérarchie » et de « vraiment nous asseoir dans notre pratique ».

Selon E3, l'outil peut permettre de se questionner plus régulièrement et ainsi de modifier les habitudes.

E4 voit un intérêt au fait « d'avoir un outil standardisé ».

Aucune n'a actuellement d'outil formalisé ni standardisé d'auto-évaluation. Toutes trouvent intéressant d'utiliser un outil d'évaluation et considèrent déjà remettre en question

leur pratique de façon informelle : par des échanges entre collègues, ou avec « Les stagiaires, c'est des sacrés outils d'auto-évaluation et d'hétéro évaluation » (E4).

Modifications envisagées des pratiques actuelles

Concernant les modalités de prise de décisions et de choix de l'intervention, E1 envisage de partager le but de l'intervention avec les personnes et de leur laisser plus de choix « ça me parlait bien celui-là signification des buts déterminés par le client en coopération avec l'ergo [...] C'est assez facile à retransformer en pratique ». E2 est intéressée pour améliorer cet aspect de son travail, sans détailler : « Je pense que c'est surtout la première colonne, moi, qui va me pousser un petit peu à cadrer mes interventions ». E4 aimerait « embaucher des pairs aidants » et associer davantage les personnes aux questions les concernant (gestion du service, suggestions actives de modification du programme d'ETP, etc).

Quant au contexte dans lequel ont lieu les interventions, E1 projette de modifier la cuisine thérapeutique pour qu'elle soit plus ressemblante aux habitudes de la personne, ou d'utiliser davantage le matériel de la personne elle-même (voiture...). E4 aimerait « aller plus dans l'environnement des gens, chez les partenaires, à domicile, dans le milieu du travail » et établir plus de partenariat avec l'extérieur.

A propos du contenu des interventions, E3 prévoit de développer des activités cuisine qui soient de vraies occupations : « ça deviendrait en fait le repas. On met la table, on mange ensemble et après on débarrasse »

Discussion

Confrontation des résultats à la théorie

L'auto-évaluation et l'OCIA vectrices de changements de pratiques

Toutes les personnes questionnées portent de l'intérêt au fait de réfléchir sur leur propre pratique et de pouvoir la faire évoluer. Aucune d'elles n'utilise aujourd'hui d'outil d'auto-évaluation, c'est une démarche qu'elles mènent de façon informelle uniquement. Elles sont très intéressées pour découvrir l'OCIA.

Le continuum de pertinence au niveau de la personne leur a semblé utile pour aller vers davantage de collaboration avec la personne, pouvoir partager les raisons des propositions qui sont faites, impliquer plus régulièrement la personne dans les choix concernant l'intervention.

Le continuum de pertinence au niveau de l'occupation leur a semblé pertinent pour tendre vers des contenus de séance qui se rapprochent des occupations : réaliser l'activité pour de vrai au lieu de la simuler, faire une activité dans son ensemble plutôt que de n'en faire qu'une partie.

Quant au continuum de pertinence au niveau du contexte, cela permet d'envisager les modifications de l'environnement possibles dans chaque situation, le fait d'utiliser au maximum le matériel de la personne elle-même et le travail dans l'environnement de la personne, en écologie.

Les constats réalisés ayant conduit à la création de l'OCIA semblent donc pertinents dans le contexte français, pour soutenir une réflexivité active et tendre vers une pratique plus centrée sur l'occupation (Jewell et al., 2022). Les interviewées sont sensibles au fait l'OCIA soit un outil standardisé, visuel, simple à comprendre et rapide à utiliser (Wienkes et al., 2020).

L'OCIA, un outil à replacer dans un processus global

Au niveau théorique, aucune des interviewées ne se situe de façon spontanée par rapport à son type d'approche de la situation, top-down, bottom-up ou top-to-bottom-up. Les grands modèles théoriques, qu'ils soient généralistes ou ergothérapeutiques, ne sont pas nommés par les ergothérapeutes rencontrées comme support à la pratique.

Aucune des ergothérapeutes interrogées ne s'est référée spontanément à l'OTIPM ou à un autre modèle d'intervention. Les phases d'interventions décrites dans l'OTIPM ne correspondent pas toujours au travail réalisé. La phase d'intervention est systématiquement présente. La phase d'évaluation est quasi absente chez une interviewée et lorsqu'elle est présente, cela reste peu structuré et ne s'inclut pas dans un processus formel, même lorsque

des évaluations standardisées sont utilisées. La phase de réévaluation, permettant d'évaluer l'impact de l'intervention, n'a été mentionnée par personne.

L'OCIA n'aborde pas la question de l'évaluation, de l'élaboration des objectifs ni de la réévaluation. Dans l'introduction du manuel, les auteures recommandent de consulter l'OTIPM. Il semble en effet important de ne pas négliger ces étapes. On peut en effet douter de l'efficacité d'un outil d'auto-évaluation de l'intervention si l'on ne s'attarde pas sur les étapes qui précèdent et suivent cette phase. L'OCIA est un outil qui s'inscrit nécessairement dans une démarche globale.

Des valeurs partagées unanimement qui peinent à s'incarner

L'enquête exploratoire confirme le décalage entre la théorie et la pratique en ergothérapie mis à jour dans la littérature.

L'identité professionnelle, terreau de la pratique

L'importance de l'identité professionnelle des ergothérapeutes est revenue fréquemment lors des entretiens. Selon elles, le fait d'intervenir sur les occupations et selon les habitudes de vie de la personne la motive, l'engage davantage, lui permet d'en saisir le sens.

Un des éléments qui n'avait pas été retrouvé dans la littérature et qui a été apporté lors des entretiens, est le fait que clarifier dès le début avec la personne accompagnée ce qu'est l'ergothérapie. Cela permet de partager le même champ des possibles, et augmente ainsi les chances d'élaborer ensemble des objectifs et donc une intervention centrée sur l'occupation.

Une pratique écologique reconnue bénéfique, mais pas toujours mise en œuvre

Le terme d'environnement écologique n'apparaît pas spontanément dans le discours de toutes les interviewées, mais chez toutes on trouve l'idée que « d'être dans son environnement, forcément, l'ergo est assez convaincue que ça va mieux marcher que d'être ici [à l'hôpital] » (E4). Qu'elles sortent régulièrement du lieu de soin, à domicile ou dans les lieux d'activité de la personne accompagnée (en santé mentale) ou qu'elles aient plus de difficultés à sortir (en SSR), elles tentent de modifier l'espace et le matériel dont elles disposent pour qu'il ressemble davantage à ceux de la personne. Dans tous les cas, les interviewées reconnaissent le rôle de l'environnement dans la performance occupationnelle (Fisher & Marterella, 2019; Margot-Cattin, 2009), bien qu'elles ne pratiquent pas toujours dans des contextes écologiques.

L'occupation comme horizon

Dans les pratiques rapportées par les ergothérapeutes travaillant en SSR, les mobilisations passives et les exercices répétitifs de mouvement isolés sont utilisés. Le but final reste cependant, progressivement avec la récupération des fonctions, de « cibler les occupations » (E3). Les occupations simulées sont utilisées dans tous les milieux de pratique : jeux de rôle, mettre la table sans forcément manger ensuite... La simulation semble être une forme d'adaptation aux contraintes (temps, espace, matériel, organisation...). L'occupation est utilisée comme contenu de séance, très souvent chez les ergothérapeutes interrogées travaillant en santé mentale, plus rarement pour celles exerçant en SSR.

L'objectif final d'améliorer la performance occupationnelle est donc partagé par toutes les ergothérapeutes, qui ont donc une intervention axée sur l'occupation (Fisher & Marterella, 2019). L'utilisation de l'occupation elle-même comme contenu, une intervention basée sur l'occupation (Fisher & Marterella, 2019) est partielle et survient de façon plus ou moins précoce dans l'accompagnement.

Appuis et obstacles à l'évolution des pratiques

De nombreux facteurs ont pu être identifiés par les interviewées, freinant ou a contrario soutenant une pratique centrée sur l'occupation.

Au niveau institutionnel

Au niveau de l'institution, on retiendra les lourdeurs administratives, qui freinent toute activité hors de l'hôpital, l'absence de budget dédié au service d'ergothérapie, qui ne permet pas de faire les courses par exemple ou la réglementation spécifique des hôpitaux, qui peut rendre difficile ou impossible l'utilisation d'un balai ou d'œufs en coquille.

Au niveau organisationnel, le manque de temps a été cité systématiquement, ainsi que son corollaire, le manque de personnel.

Concernant le matériel, la présence ou l'absence de matériel ressemblant à des objets standard, d'environnement modulable ou similaire à un appartement sont capitales. L'accès à l'environnement et au matériel de la personne elle-même constitue dans certains cas une solution efficace.

Au niveau humain

Sur le plan humain, l'accès aux habitudes de vie de la personne peut constituer un frein, notamment en cas d'atteinte cognitive ou lorsqu'aucune langue commune n'est parlée.

Concernant l'équipe, l'étude confirme que la présence de collègues ergothérapeutes dans le service, la posture de l'équipe pluridisciplinaire vis-à-vis de l'ergothérapeute, la définition du rôle de l'ergothérapeute sont déterminants (Jewell & Pickens, 2017). De même, la culture de l'équipe concernant la façon de pratiquer va conditionner la marge d'action de l'ergothérapeute. C'est particulièrement visible concernant E4 qui occupe un poste sur deux services distincts et qui y travaille de façon radicalement différente : complètement centré sur l'occupation au centre de RPS, pas du tout au CATTP.

Enfin, la formation, individuelle ou en équipe, l'existence de temps de supervision d'équipe ou d'analyse de la pratique professionnelle sont également nommés par les personnes interrogées comme impactant la pratique et son évolution.

Tous ces facteurs font écho à l'étude de Sirkka et al. (2014), mais ils permettent de détailler davantage que dans leur article, tout en vérifiant que ces éléments se vérifient dans le contexte français.

Ces éléments n'invalident pas l'intérêt porté à l'OCIA, car cet outil entend précisément encourager un état d'esprit qui vise à innover et à trouver des stratégies. Il n'est pas là pour dépister les obstacles à une pratique centrée sur l'occupation, mais précisément pour chercher comment, pour chaque continuum, surmonter les freins liés au contexte en s'adaptant de façon créative pour tendre vers une pratique toujours plus centrée sur l'occupation.

Dimension collective de prise en main de l'OCIA

Les ergothérapeutes rencontrées lors de l'étude utilisent largement l'échange avec leurs pairs : collègues de travail, stagiaires en ergothérapie, autres ergothérapeutes suivant une même formation continue, lors de colloques ou dans des groupes thématiques régionaux d'échange de pratiques. Ces discussions permettent à la fois de découvrir d'autres façons de pratiquer et d'avoir un regard extérieur ou des conseils sur les situations rencontrées.

A l'intérieur d'un même service, les temps de formation en commun permettent de faire évoluer en équipe la pratique de l'unité ainsi que l'ont également relevé Sirkka et al. (2014). Une des ergothérapeutes a pu expérimenter une remise en question en équipe des documents officiels utilisés jusqu'alors.

Il serait donc intéressant de pouvoir faire exister des espaces partagés autour de cet outil. En ne se limitant pas à une auto-évaluation faite individuellement, on permettrait d'augmenter les effets produits par l'utilisation de l'OCIA. Cela pourrait prendre la forme de groupes d'échanges de pratique ou s'incarner avec les stagiaires ergothérapeutes qui observent des séances menées par leurs tuteurs de stages.

Limites et intérêts de l'étude

Il existe plusieurs limites à ce travail d'initiation à la recherche. Le manque d'expérience est un élément important, qui a pu jouer à toutes les étapes de ce travail, notamment dans la relative maladresse lors de la réalisation des entretiens.

Une des limites correspond à l'utilisation dans la recherche de termes qui sont peu connus ou méconnus. La définition d'occupation a été faite en début d'entretien de façon assez systématique, précisément pour partir d'une base commune lors de l'échange. La démarche aurait pu être reproduite avec d'autres termes : la présentation de l'OCIA et des concepts top-down/bottom-up aurait pu être plus préparée (par exemple pour avoir les mêmes exemples, les mêmes explications avec toutes les interviewées et limiter les biais dus à la présentation). C'est également le cas pour le terme centré sur l'occupation, dont la complexité a été soulevée de façon détaillée par Fisher et Marterella (2019). Initialement cela n'a pas été fait car la proposition de définitions aurait pu orienter les réponses des participants. Mais avec le recul, clarifier ce que l'on met derrière un terme permet une plus grande rigueur pour la suite du travail.

Le temps total imparti à ce travail a été de 9 mois. C'est relativement court et du temps/une marge/un délai a pu manquer, par exemple pour tester le guide d'entretien en conditions réelles, aller chercher plus de contenu, ou faire de l'analyse sémantique en plus de l'analyse de contenu.

Ce travail a été construit selon une méthodologie rigoureuse d'initiation à la démarche de recherche, en reprenant la démarche de l'OCIA pour le choix des thèmes abordés, la structuration du guide d'entretien et le choix du milieu de pratique de la population interrogée. Cela permet de bénéficier d'un protocole solide déjà validé.

Cette étude permet pour la première fois d'observer la réception d'un outil innovant dans le contexte français.

Perspectives de poursuite de l'étude

Cette recherche exploratoire a permis de confirmer l'intérêt pour l'autoévaluation, telle que proposée via l'OCIA, de façon unanime. Les autres aspects du processus global (évaluation, établissement des objectifs, réévaluation) gagneraient à être davantage articulés avec l'OCIA.

Il serait intéressant d'explorer d'autres milieux de pratiques, notamment la pédiatrie et l'enseignement en ergothérapie, pour lesquels l'OCIA a dès à présent fait l'objet d'études de validation au niveau psychométrique aux Etats-Unis.

Un travail plus poussé autour de la traduction et de la transcription de l'OCIA dans le contexte français pourrait également être mené, avec à terme sa validation par un collègue d'ergothérapeutes qualifié.es sur ces questions et le soutien de traductrices et traducteurs professionnel.les.

Une étude de cohorte, avec un groupe d'ergothérapeutes utilisant l'OCIA dans sa pratique clinique et un groupe ne l'utilisant pas, permettrait, à travers plusieurs variables (par exemple, comme Sirkka (2014) : analyse des dossiers patients, des comptes-rendus de réunions de service, du planning, de l'équipement disponible dans le service, des directives internes au service...) mesurées à différentes échéances de temps, d'aller au-delà des *représentations* des ergothérapeutes sur les bienfaits de l'OCIA pour atteindre les pratiques, *l'expérience*. Cela permettrait d'envisager une réponse à la question : **quels sont les changements effectifs observés dans l'accompagnement par des ergothérapeutes utilisant l'OCIA dans leur pratique ?**

Conclusion

Un important décalage existe entre les valeurs fondamentales de l'ergothérapie, à savoir la centralité de l'occupation, et les pratiques de terrain, où les interventions contextualisées et centrées sur l'occupation peinent à être mises en place. Cette recherche exploratoire permet d'envisager la toile de fond d'un changement des pratiques en France, tentant de réduire cet écart.

La mobilisation des ressources institutionnelles et humaines identifiées relève d'une dimension collective. Lever tous les freins à une pratique centrée sur l'occupation est un travail de longue haleine. Des exemples modestes et néanmoins inspirants essaient.

Des outils existent pour soutenir les interventions tendant vers le socle des valeurs professionnelles ergothérapeutiques. Au niveau théorique et méthodologique, l'OTIPM propose une démarche clinique globale et rigoureuse. Si on zoome au niveau de la phase d'intervention, l'OCIA est une auto-évaluation de la pratique, standardisée et d'utilisation simple et rapide.

Il reste encore énormément à faire pour que les ergothérapeutes prennent pleinement leur place dans les équipes pluridisciplinaires et offrent au reste du monde ce petit grain de sel qui fait toute la différence : l'occupation comme puissant moyen thérapeutique et d'empowerment. Heureusement, des pistes sérieuses existent pour soutenir cette démarche. Il serait utile de mettre en place des projets de recherche permettant d'évaluer leur efficacité.

Bibliographie

- AOTA. (2020). Occupational Therapy Practice Framework : Domain and Process—Fourth Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(Supplement_2), 7412410010p1-7412410010p87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Association Canadienne des Ergothérapeutes. (2002). Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada. *Canadian Journal of Occupational Therapy*.
- Burgess, P. W., Alderman, N., Forbes, C., Costello, A., M-A.coates, L., Dawson, D. R., Anderson, N. D., Gilbert, S. J., Dumontheil, I., & Channon, S. (2006). The case for the development and use of “ecologically valid” measures of executive function in experimental and clinical neuropsychology. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12(2), 194-209. <https://doi.org/10.1017/S1355617706060310>
- Cantin, N. (2021). *L'ergothérapie en milieu scolaire*. Presses de l'Université du Québec.
- Centre de Référence du MOH. (s. d.). *Modèle de l'occupation humaine, 5e édition*. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. Consulté 4 janvier 2023, à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>
- Che Daud, A. Z., Yau, M. K., Barnett, F., Judd, J., Jones, R. E., & Muhammad Nawawi, R. F. (2016). Integration of occupation based intervention in hand injury rehabilitation : A Randomized Controlled Trial. *Journal of Hand Therapy*, 29(1), 30-40. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2015.09.004>

- Chevignard, M. P., Soo, C., Galvin, J., Catroppa, C., & Eren, S. (2012). Ecological assessment of cognitive functions in children with acquired brain injury : A systematic review. *Brain Injury, 26*(9), 1033-1057. <https://doi.org/10.3109/02699052.2012.666366>
- Despret, V. (2017). *Au bonheur des morts : Récits de ceux qui restent*. La Découverte.
- Elmiger, D. (2014). Cachez ces doublons que je ne saurais voir : Les doubles formes féminine et masculine dans le langage administratif suisse. *Cahiers de linguistique, 40*(1), 155-170.
- Fisher, A. G. (1998). Uniting practice and theory in an occupational framework. 1998 Eleanor Clarke Slagle Lecture. *The American Journal of Occupational Therapy, 52*(7), 509-521. <https://doi.org/10.5014/ajot.52.7.509>
- Fisher, A. G. (2009). Occupational therapy intervention process model. *A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*, 15-22.
- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused : Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 20*(3), 162-173. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754492>
- Fisher, A. G., & Marterella, A. (2019). *Powerful practice : A model for authentic occupational therapy*. Center for Innovative OT Solutions.
- Fougeyrollas, P., & Ravaud, J.-F. (2010). *La funambule, le fil et la toile : Transformations réciproques du sens du handicap*. Presses Universitaires de Laval.

- Gupta, J., & Taff, S. D. (2015). The illusion of client-centred practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(4), 244-251.
<https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1020866>
- Ikiugu, M. N., Smallfield, S., & Condit, C. (2009). A Framework for Combining Theoretical Conceptual Practice Models in Occupational Therapy Practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(3), 162-170.
<https://doi.org/10.1177/000841740907600305>
- Jack, J., & Estes, R. I. (2010). Documenting Progress : Hand Therapy Treatment Shift From Biomechanical to Occupational Adaptation. *The American Journal of Occupational Therapy*, 64(1), 82-87. <https://doi.org/10.5014/ajot.64.1.82>
- Jewell, V., & Pickens, N. (2017). Psychometric Evaluation of the Occupation-Centered Intervention Assessment. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 37(2), 82-88.
<https://doi.org/10.1177/1539449216688619>
- Jewell, V., Pickens, N., & Wienkes, T. (2022). *The Occupation-Centered Intervention Assessment (OCIA). A Reflection Tool for Occupation-Centered Practice*. AOTA.
- Kielhofner, G., & Taylor, R. R. (2017). *Kielhofner's model of human occupation : Theory and application* (5e édition.). Wolters Kluwer.
- Larsson-Lund, M., & Nyman, A. (2017). Participation and occupation in occupational therapy models of practice : A discussion of possibilities and challenges. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(6), 393-397.
<https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1267257>

- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- Le Thiec, F., Jokic, C., Enot-Joyeux, F., Durand, M., Lechevalier, B., & Eustache, F. (1999). Évaluation écologique des fonctions exécutives chez les traumatisés crâniens graves : Pour une meilleure approche du handicap. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 42(1), 1-18. [https://doi.org/10.1016/S0168-6054\(99\)80030-0](https://doi.org/10.1016/S0168-6054(99)80030-0)
- Loison-Leruste, M., Samuel, O., & Théron, F. (2022). *L'écriture inclusive et ses usages dans les revues de sciences humaines et sociales*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03542374>
- Lopez, A.-L. (2022). Comment réaliser un suivi en ergothérapie centré sur le client et l'occupation auprès de jeunes présentant une déficience intellectuelle en Institut médico-éducatif ? *ERGOTHERAPIES*, 85, 53-62.
- Margot-Cattin, I. (2009). L'évaluation ergothérapique en gériatrie et gérontologie. In *Ergothérapie en gériatrie : Approches cliniques* (p. 99-111). Solal.
- Mignet, G. (2016). Le Modèle de l'Occupation Humaine : S'appropriier les concepts théoriques grâce aux expériences cliniques. *Ergothérapies*, 62(1), 25.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2e édition.). De Boeck Supérieur.

- Nielsen, K. T., & Wæhrens, E. E. (2015). Occupational therapy evaluation : Use of self-report and/or observation? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(1), 13-23.
<https://doi.org/10.3109/11038128.2014.961547>
- Nielsen, T. L., Petersen, K. S., Nielsen, C. V., Strøm, J., Ehlers, M. M., & Bjerrum, M. (2017). What are the short-term and long-term effects of occupation-focused and occupation-based occupational therapy in the home on older adults' occupational performance? A systematic review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(4), 235-248.
<https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1245357>
- Novak, I., McIntyre, S., Morgan, C., Campbell, L., Dark, L., Morton, N., Stumbles, E., Wilson, S.-A., & Goldsmith, S. (2013). A systematic review of interventions for children with cerebral palsy : State of the evidence. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 55(10), 885-910. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12246>
- OMS (Éd.). (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*.
- Petersen, A. K. (2017, octobre 25). *Performance Analyses in an Assistive Technology Service Delivery Process*. ENOTHE 2017: Annual Meeting 2017.
<https://www.ucviden.dk/en/publications/performance-analyses-in-an-assistive-technology-service-delivery->
- Pichon, C. (2020). Une expérience d'entretiens visiophoniques par confinement en Ehpad. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 142(3), 95-104.
<https://doi.org/10.3917/jalmalv.142.0095>

- Polatajko, H. J., Mandich, A., & Cantin, N. (2017). *Habiliter les enfants à l'occupation : L'approche CO-OP : guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien*. Association canadienne des ergothérapeutes.
- Polatajko, H. J., & Townsend, E. A. (2013). *Enabling occupation II : Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation : 9th Canadian occupational therapy guidelines* (2nd edition.). Canadian Association of Occupational Therapists.
- Poncet, F., Taillefer, C., Chevignard, M., Picq, C., & Pradat-Diehl, P. (2009). Évaluations écologiques du syndrome dysexécutif : Un défi de taille pour l'ergothérapie. *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*, 25(2), 88-98. <https://doi.org/10.1007/s11659-009-0138-y>
- Pörtner, M. (2017). *Accompagnement des personnes âgées avec l'approche centrée sur la personne* (O. M. Zeller, Trad.; 2e édition.). Chronique sociale.
- Rathauscher US, A. M., van Nes F. (2019). L'Ergothérapie basée à l'école (EBE) : Intervention des ergothérapeutes dans le système scolaire autrichien School-based occupational therapy in Austria. *ErgOTHérapie*, 72(janvier), 23-33.
- Rodger, S., & Dancza, K. (2018). *Implementing Occupation-centred Practice*. Routledge.
- Senn, D., Yvonne, I., Eberhard, C., & Aegler, B. (2018). Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) – Betätigungsbasiert von Aufnahme bis Abschluss. *ergopraxis*, 11(05), 26-31. <https://doi.org/10.1055/s-0044-101680>

- Shallice, T., & Burgess, P. W. (1991). Deficits in strategy application following frontal lobe damage in man. *Brain*, *114*(2), 727-741. <https://doi.org/10.1093/brain/114.2.727>
- Sirkka, M., Larsson-Lund, M., & Zingmark, K. (2014). Occupational therapists' experiences of improvement work : A journey towards sustainable evidence-based practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *21*(2), 90-97. <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.872183>
- Sirkka, M., Zingmark, K., & Larsson-Lund, M. (2014). A process for developing sustainable evidence-based occupational therapy practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *21*(6), 429-437. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.952333>
- Thébault, G. (2005). Réadaptation écologique : À propos d'une patiente cérébrolésée. In *Expérience en ergothérapie* (p. 165-170). Suramps Médical.
- Townsend, E. A. (1997). *Enabling Occupation : An occupational therapy perspective*. Canadian Association of Occupational Therapists.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2008). *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. CAOT Publications ACE.
- Trouvé, E., Charras, Kevin, & Reintjens, Christophe. (2017). Approche écologique des relations personne- environnement. In *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*. De Boeck Supérieur.
- Vanzetti, M., Ensenlaz, X., Jobert, É., Grivet, I., Ngakui, A., & Rivet, A. (2018). Chapitre 47— Évaluation centrée sur l'occupation. In N. Franck (Éd.), *Traité de Réhabilitation*

Psychosociale (p. 430-455). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75915-4.00047-5>

Viennot, É., Haddad, R., & Sebah, C. (2018). *Le langage inclusif : Pourquoi, comment*. Éditions iXe.

Wienkes, T., Chang, I. K., Dickerson, S., Watson, C., & Jewell, V. (2020). Psychometric Evaluation of the Occupation-Centered Intervention Assessment (OCIA) in Mental Health Practice. *AJOT: American Journal of Occupational Therapy*, 74(S1), NA-NA.

Wong, S. R., & Fisher, G. (2015). Comparing and Using Occupation-Focused Models. *Occupational Therapy in Health Care*, 29(3), 297-315. <https://doi.org/10.3109/07380577.2015.1010130>

Yerxa, E. J. (1998). Occupation : The keystone of a curriculum for a self-defined profession. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 52(5), 365-372. <https://doi.org/10.5014/ajot.52.5.365>

Table des annexes

Annexe A : Schéma représentant l'arborescence entre les termes centré, basé, axé sur l'occupation	II
Annexe B : Symboles et définitions brèves pour les termes centré, basé, axé sur l'occupation	III
Annexe C : Cadre conceptuel du processus de pratique canadien	IV
Annexe D : Processus de l'OTPF	V
Annexe E : Modèle transactionnel de l'occupation	VII
Annexe F : Schéma du Modèle de l'occupation humaine (MOH)	VIII
Annexe G : Schéma de présentation de l'approche top-down	IX
Annexe H : Les trois continuums de l'OCIA	X
Annexe I : Guide d'entretien.....	XI
Annexe J : Formulaire de consentement vierge.....	XIII
Annexe K : Grille d'analyse vierge des entretiens	XIV

Annexe A

Schéma représentant l'arborescence entre les termes centré, basé, axé sur l'occupation (Rodger & Dancza, 2018)

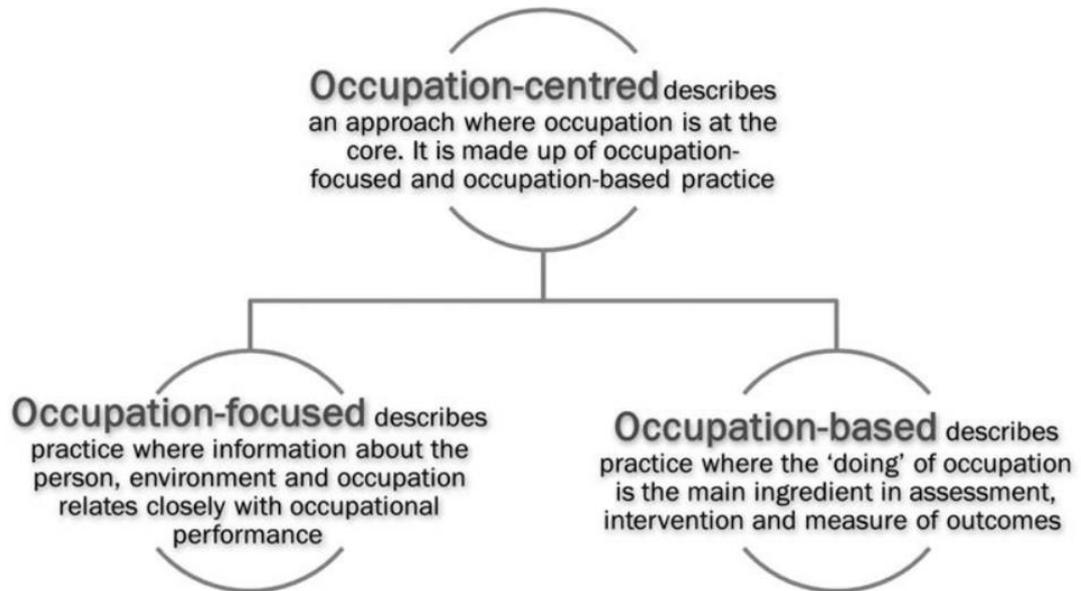
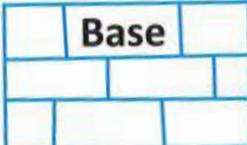
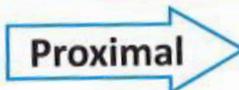


Figure 2.5 Occupation-centred, occupation-focused and occupation-based
Adapted from Fisher (2013).

Annexe B

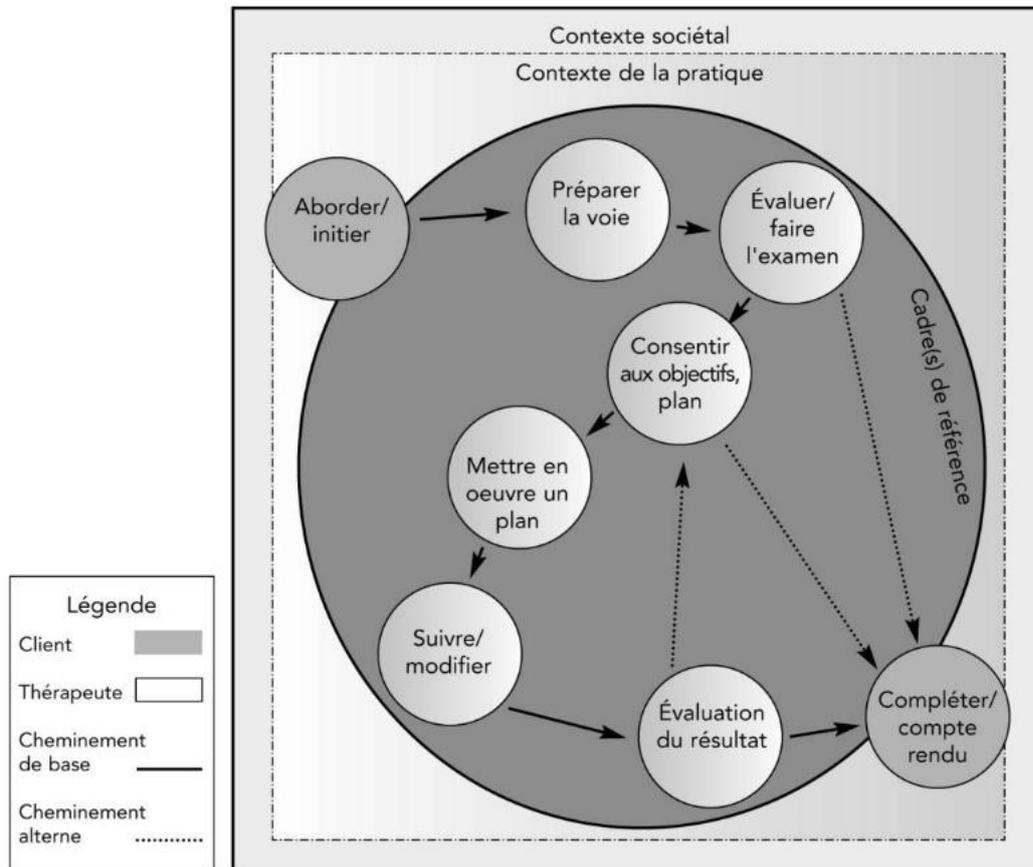
Symboles et définitions brèves pour les termes centré, basé, axé sur l'occupation (Fisher & Marterella, 2019)

Table 4-2 Definitions of Key Terms Related to Occupational Therapy Practice		
Term	Symbol	Definition
Occupation-centered		Our professional perspective — our way of thinking about our clients, their occupations, and our services; one where we maintain our profession-specific perspective and ensure that we place occupation in the center of our professional reasoning and link everything we do to the core paradigm of occupational therapy.
Occupation-based		Our primary method — one that involves engaging the client in occupation. This means that the occupational therapist uses evaluation tools and intervention strategies that involve the client being actively engaged in a “real” occupational performance. Note. Such evaluations and interventions may or may not be occupation-focused.
Occupation-focused		Our proximal focus — one where occupation is the immediate (vs. future) focus of an evaluation or purpose of an intervention. More specifically, occupation-focused evaluations can be standardized or nonstandardized, but they always are designed to be used to assess directly the client’s occupational performance (e.g., what the client does, how well the client does it), occupational experience, or participation. Occupation-focused interventions are ones where occupation is the immediate (i.e., proximal) intended outcome. Note. Occupation-focused evaluations and interventions may or may not be occupation-based.

Annexe C

Cadre conceptuel du processus de pratique canadien (Townsend & Polatajko, 2008)

Figure 9.1 Cadre conceptuel du processus de pratique canadien (CCPPC)



Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J., et Townsend, E. A. (2007). Cadre conceptuel du processus de pratique canadien. Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko, *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. p. 266 Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.

Annexe D

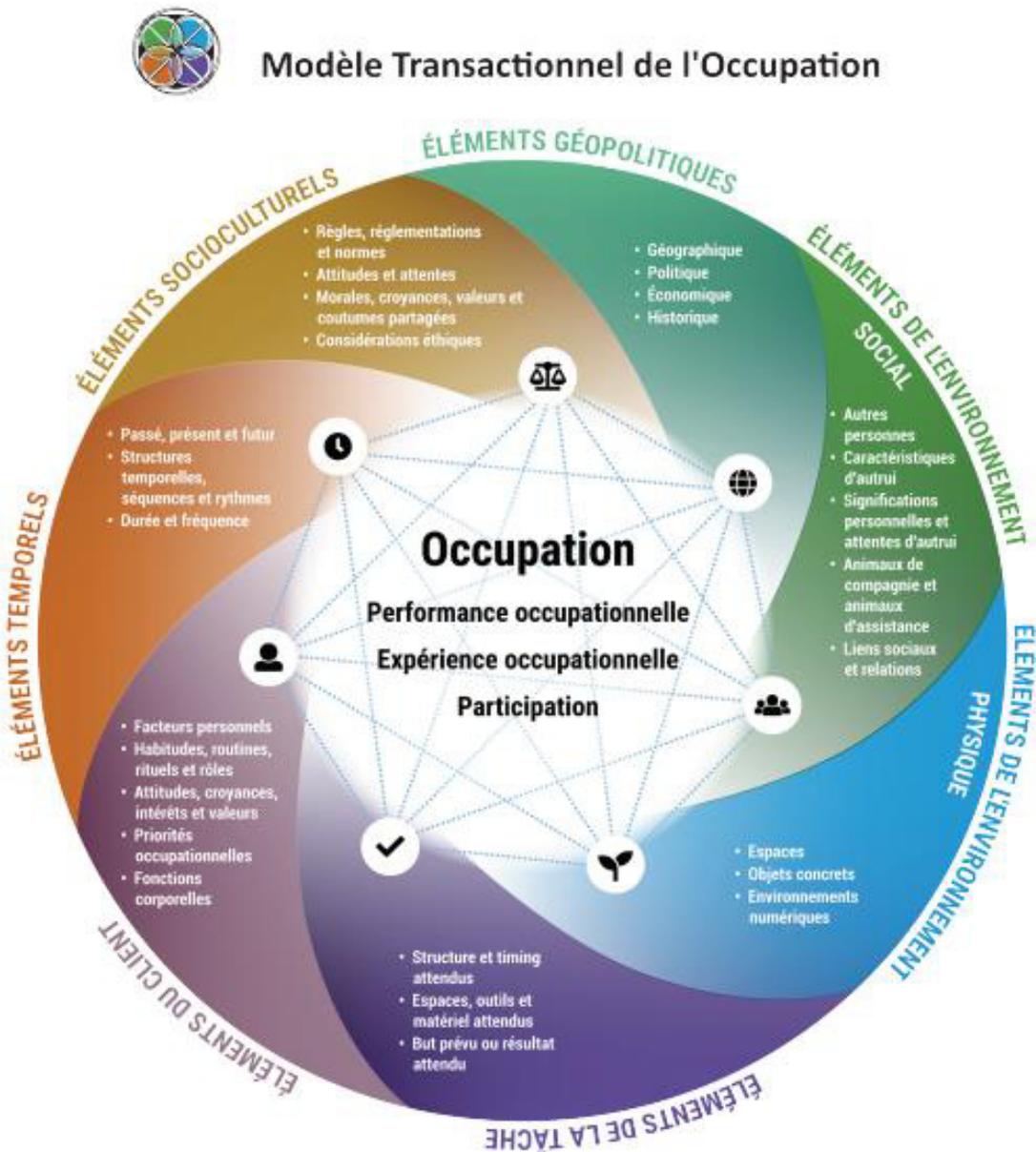
Processus de l'OTPF (AOTA, 2020)

Process Component	Process Step
Evaluation	Consultation and screening: <ul style="list-style-type: none"> • Review client history • Consult with interprofessional team • Administer standardized screening tools
	Occupational profile: <ul style="list-style-type: none"> • Interview client and caregiver
	Analysis of occupational performance: <ul style="list-style-type: none"> • Assess occupational performance • Conduct occupational and activity analysis • Assess contexts • Assess performance skills and patterns • Assess client factors
	Synthesis of evaluation process: <ul style="list-style-type: none"> • Review and consolidate information to select occupational outcomes and determine impact of performance patterns and client factors on occupation
Intervention	Development of the intervention plan: <ul style="list-style-type: none"> • Identify client goals • Identify intervention outcomes • Select outcome measures • Select methods for service delivery, including theoretical framework
	Intervention implementation:

	<ul style="list-style-type: none"> • Carry out occupational therapy intervention to address specific occupations, contexts, and performance patterns and skills affecting performance
	<p>Intervention review:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reevaluate and review client’s response to intervention • Review progress toward goals and outcomes • Modify plan as needed
Outcomes	<p>Outcomes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Use measures to assess progress toward outcomes • Identify change in occupational participation
	<p>Transition:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitate client’s move from one life role or experience to another, such as <ul style="list-style-type: none"> ◦ Moving to a new level of care ◦ Transitioning between providers ◦ Moving into a new setting or program
	<p>Discontinuation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discontinue care after short- and long-term goals have been achieved or client chooses to no longer participate • Implement discharge plan to support performance after discontinuation of services

Annexe E

Modèle transactionnel de l'occupation (Fisher & Marterella, 2019)

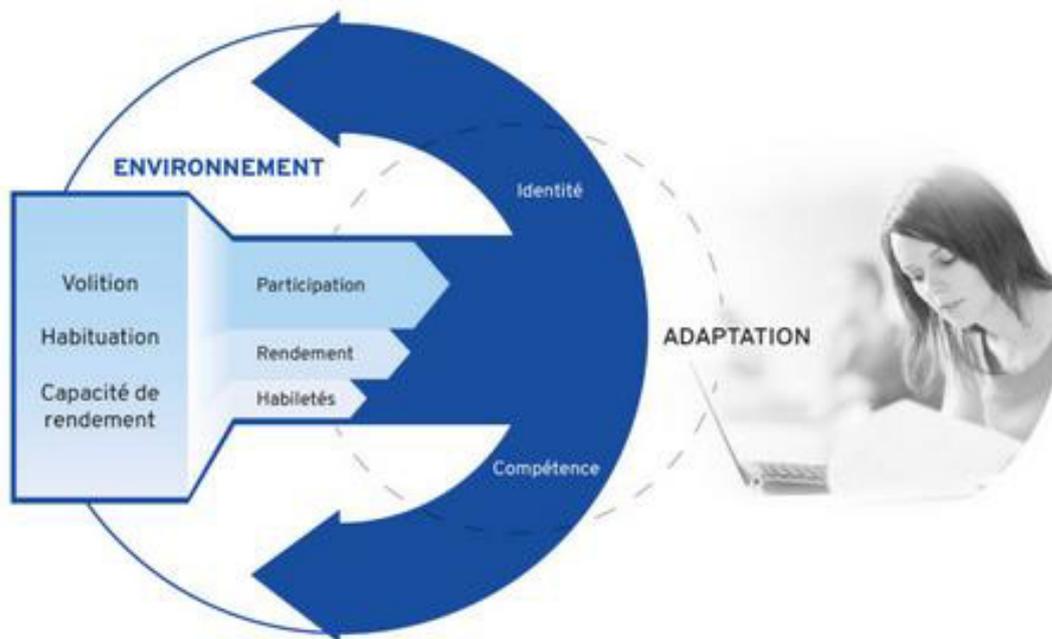


De Fisher, A. G., & Marterella, A. [2019]. *Powerful practice: A model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, CO: Center for Innovative OT Solutions.

© Center for Innovative OT Solutions, 2019; peut être photocopié pour usage personnel

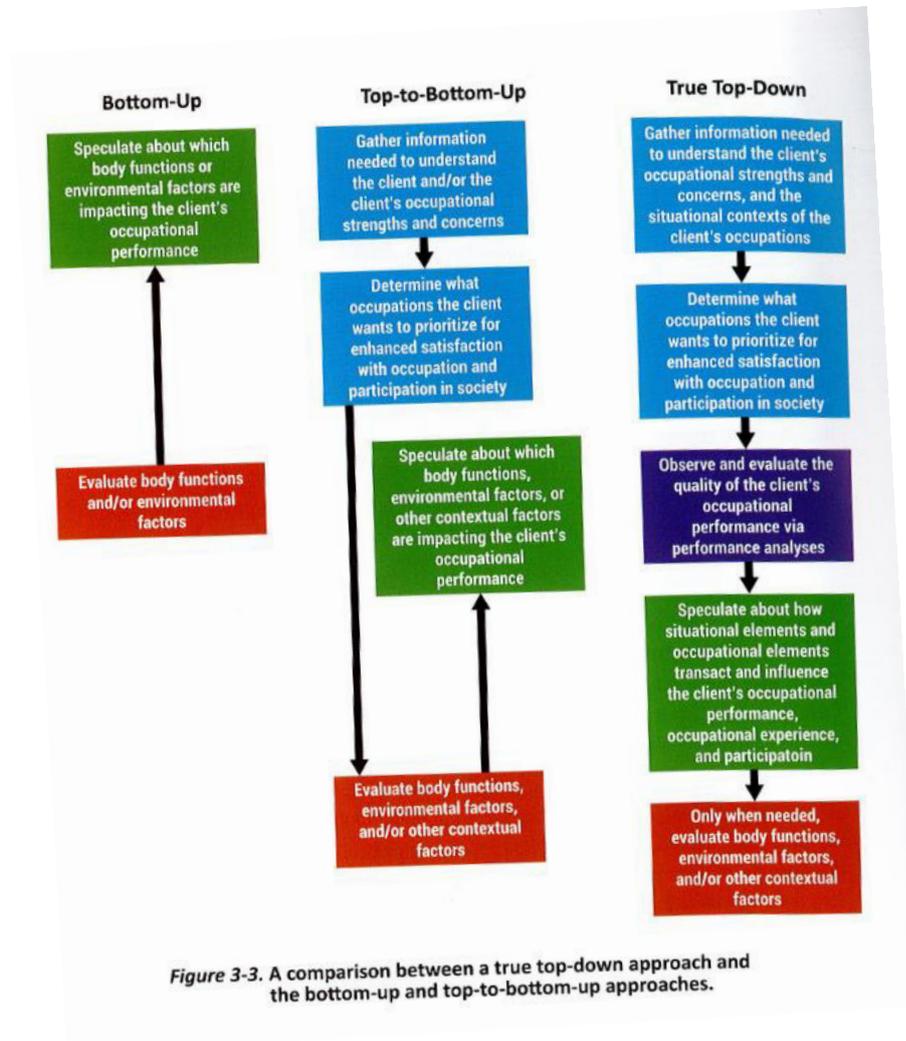
Annexe F

Schéma du Modèle de l'occupation humaine (MOH) (Centre de Référence du MOH, s. d.)



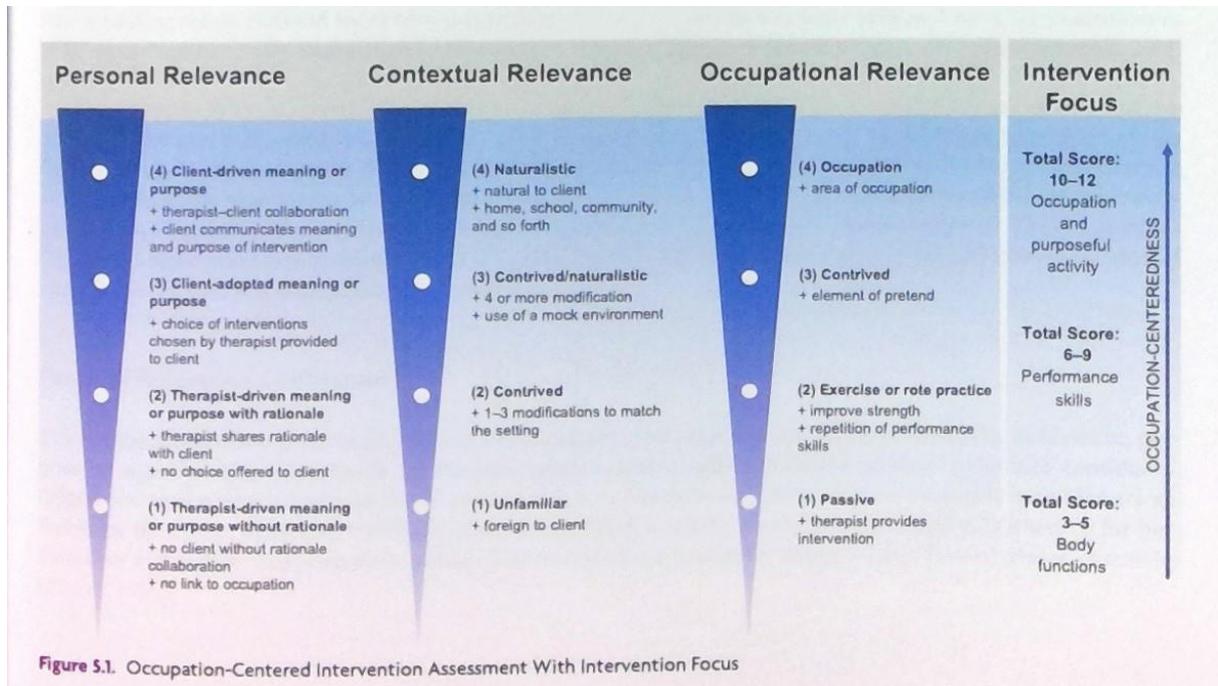
Annexe G

Schéma de présentation de l'approche top-down (Fisher & Marterella, 2019)



Annexe H

Les trois continuums de l'OCIA, cotés de 1 à 4 (Jewell et al., 2022)



Annexe I

Guide d'entretien

J'aimerais échanger avec vous aujourd'hui autour de la pratique de l'ergothérapie centrée sur l'occupation et des différentes façons de s'y prendre. Je vais juste préciser rapidement, puisqu'on va beaucoup utiliser ces termes : quand je parle de pratique centrée sur l'occupation, j'entends une pratique qui est en lien direct avec les occupations, c'est-à-dire toutes les activités qui ont du sens pour la personne, qu'elle aime faire, qu'elle doit faire ou qu'on lui demande de faire. On les classe habituellement en activités de loisirs, de travail et de productivité.

Quand on s'intéresse aux pratiques centrées sur l'occupation, ressort la question du lien avec la personne. Et vous, comment faites-vous dans votre pratique, comment échangez-vous avec la personne ?

Comment décidez-vous de la façon dont vous menez votre intervention ?

Comment prenez-vous en compte l'individualité propre de la personne ?

Quelle est l'implication de la personne dans la décision de ce que sera votre intervention ?

Au niveau du contenu, quelles modalités d'interventions ou techniques utilisez-vous, autrement dit : de quoi se composent vos interventions ?

Comment privilégiez-vous certaines activités par rapport à d'autres ?

Avez-vous une approche top-down, bottom-up, ou top-to-bottom-up ?

Dans quel contexte, environnement, ont lieu vos interventions ?

Comment faites-vous pour que le contexte de votre intervention ressemble le plus possible à celui habituel du patient ?

Si on revient un peu en arrière, avant l'intervention, comment organisez-vous votre processus d'évaluation ?

Comment menez-vous vos évaluations ? Quelle y est la place de l'occupation ?

Quelles évaluations utilisez-vous dans votre pratique ?

Selon vous, dans quelle mesure travaillez-vous déjà dans une pratique centrée sur l'occupation ?

Quels freins rencontrez-vous qui vous empêchent que votre pratique soit centrée sur l'occupation ?

Identifiez-vous des ressources qui pourraient vous soutenir dans une pratique centrée sur l'occupation ?

Relance sur la formation.

Présentation de l'OCIA : traduction française et brève explication pour chaque continuum.

Pensez-vous que cet outil peut vous soutenir dans l'auto-évaluation de votre pratique ?

(Relances sur les 3 continuums : au niveau du contenu de vos interventions ? de la façon dont vous prenez les décisions avec la personne ? du contexte dans lequel vous faites vos interventions ?)

Utilisez-vous d'autres outils pour auto-évaluer votre pratique ?

L'auto-évaluation de votre pratique serait-elle vectrice de changement pour une pratique davantage centrée sur l'occupation ?

L'OCIA pourrait-elle vous être utile dans cette démarche ?

Quels changements pourriez-vous envisager ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

(Relances sur les 3 continuums)

Annexe J

Formulaire de consentement vierge



Université Claude Bernard Lyon 1

Date :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné.e..... reconnais prendre part volontairement à une étude réalisée par Maloin Gillier Rebaud, étudiant.e en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Lyon, sous le tutorat de Denis Jacquemot.

Cet entretien a pour but d'explorer la pratique ergothérapique centrée sur l'occupation et les différents outils permettant de soutenir l'évolution des pratiques.

Je comprends que je suis libre d'interrompre ma participation à n'importe quel moment, sans avoir à fournir de raison, ni à subir de préjudice quelconque. Par ailleurs, je sais que je pourrais avoir accès aux données et analyses issues de cet entretien si je le souhaite.

J'accepte que cet entretien soit enregistré, et que les données soient utilisées uniquement dans le cadre de cette étude. Toutes les données récoltées, y compris celles figurant sur le présent formulaire (ainsi que mon lieu d'exercice), resteront confidentielles et seront anonymisées.

En échange de ce consentement, je, soussigné.e Maloin Gillier Rebaud, m'engage à respecter les règles de confidentialité et à détruire l'enregistrement audio une fois le travail terminé.

Coordonnées de l'intervieweur : maloin.gillier-rebaud@etu.univ-lyon1.fr

Signature de l'interviewé.e :

Signature de l'interviewer :



Annexe K

Grille d'analyse vierge des entretiens

Thème	Indicateur	E1	E2	E3	E4	Synthèse
Pratique actuelle des ergothérapeutes interrogés	Présence d'une explication sur le sens d'une séance					
	Collaboration pour décider de l'intervention					
	Marge de choix laissée au client.					
	Connaissance de l'environnement par le client, Ressemblance de l'environnement au contexte habituel du client, Modifications faites par l'ergothérapeute pour se rapprocher du contexte écologique					
	Type d'activités/occupations pratiquées (selon classification OUTF (domaines d'occupations), 4 modèles d'intervention OTIPM (compensation, éducation, récupération, acquisition), et classification OCIA : mobilisations passives / exercices ou par cœur / occupation simulée / occupation réelle)					
Evaluation	Présence d'une réflexion sur l'évaluation et l'intérêt de la centrer sur l'occupation					

	Utilisation d'outils d'évaluations centrées sur l'occupation (recensées dans <i>Powerful practice</i>)					
	Top-down / bottom-up					
Changement des pratiques	Vision de l'interviewé sur sa propre pratique centrée sur l'occupation					
	Types de freins énoncés (exemples : facteurs organisationnels et institutionnels : mode de management, culture, temps alloué, moyens financiers et matériels, organisation du service ; facteurs individuels : connaissances, intérêts professionnels, utilisation de modèles conceptuels et/ou de pratique, dynamique isolée ou partagée avec des collègues...)					
	Types de ressources énoncées (exemples : voir les freins).					
Intérêt de l'OCIA	Intérêt perçu de l'OCIA pour s'auto-évaluer sur : -Modalités de prise de décisions et de choix de l'intervention -Contexte dans lequel ont lieu les interventions, environnement -Contenu des interventions					
	Pratique actuelle de l'autoévaluation					
	Intérêt perçu de l'auto-évaluation comme levier pour l'évolution des pratiques.					
	Actions envisagées selon chaque continuum (exemples : mise en place d'évaluations basées sur les occupations et non pas sur les déficiences,					

	<p>formation des ergothérapeutes travaillant dans le même réseau, exercices non signifiants remplacés par des occupations, objectifs davantage centrés sur le client, feuillets d'informations sur occupations pratiquées hors des séances, matériel repensé pour se rapprocher des objets usuels...).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Modalités de prise de décisions et de choix de l'intervention -Contexte dans lequel ont lieu les interventions, environnement -Contenu des interventions 					
--	--	--	--	--	--	--

Abstract : From OTIPM to OCIA : tools supporting a more occupation-centered intervention

Background : Occupational therapists share worldwide the core values of occupational therapy placing occupation at the center during the intervention phase. Though, in practice a lot of interventions are not occupation-centered.

Objective : The purpose of this study is to assess whether the Occupational-Centered Intervention Assessment (OCIA) can be a supportive tool for an occupation-centered practice and to explore the barriers and resources met by occupational therapists in their practice.

Methods : 4 semi-directive interviews were conducted with occupational therapists working in mental health or in follow-up and rehabilitation services in this exploratory research.

Results : All the interviewed occupational therapists were genuinely interested in an auto-evaluation tool such as the OCIA. A variety of barriers and resources were mentioned, at institutional and personal levels (time, training, peer exchanges, material, environment, beliefs...).

Conclusion : The OCIA could be a supportive tool to enhance the occupation-centered aspect of the practice by using the existing leeway. Further studies should be conducted to assess the effective changes in practice by using the OCIA and to refine the transcription of this assessment in the French context.

Key words : OCIA – occupation-centered – OTIPM – intervention – practice evolution – occupational therapy - Occupation-centered Intervention Assessment - Occupational Therapy Intervention Process Model

Résumé : De l'OTIPM à l'OCIA : des appuis pour une intervention centrée sur l'occupation en ergothérapie

Introduction : Un consensus fort existe entre les ergothérapeutes pour placer l'occupation au centre de la pratique. Pourtant, dans la pratique, beaucoup d'interventions sont décontextualisées et sans lien avec l'occupation.

Objectif : Cette étude entend explorer si l'Occupational-Centered Intervention Assessment (OCIA) constitue un outil permettant d'avoir une pratique plus centrée sur l'occupation et identifier les freins et les ressources rencontrés par les ergothérapeutes dans leur pratique.

Méthode : Recherche exploratoire qualitative, constituée de 4 entretiens semi-dirigés avec des ergothérapeutes travaillant en santé mentale ou en SSR.

Résultats : L'OCIA est un outil d'auto-évaluation intéressant pour les ergothérapeutes interrogées. De nombreux éléments ont été identifiés au niveau institutionnel et personnel comme soutenant ou freinant la pratique centrée sur l'occupation (temps, formation, échanges avec les pairs, matériel environnement, valeurs...).

Conclusion : L'OCIA pourrait être soutenant pour une pratique plus centrée sur l'occupation. Des études complémentaires pourraient permettre d'observer les changements effectifs dans la pratique d'ergothérapeutes utilisant l'OCIA et de parfaire la transcription de l'OCIA dans le contexte français.

Mots-clés : OCIA – centré sur l'occupation – OTIPM – intervention – évolution des pratiques – ergothérapie - Occupation-centered Intervention Assessment - Occupational Therapy Intervention Process Model